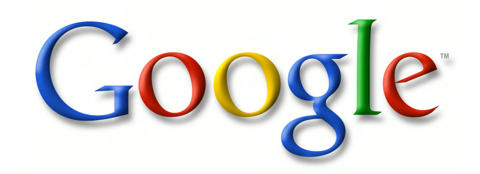


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

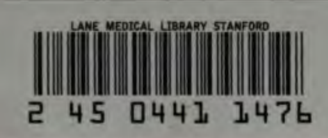
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/


LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0441 1476

LANE


MEDICAL LIBRARY

California Medical Association Fund

LANE MEDICAL LIBRA
SAN FRANCISCO

Klinisches Jahrbuch.

Im Auftrage
des Königlich Preussischen Herrn Ministers der geistlichen,
Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten
unter Mitwirkung der Herren

Prof. Dr. M. Kirchner und **Dr. Naumann**
Geh. Ober-Med.-Rat Geh. Ob.-Reg.-Rat

herausgegeben
von

Prof. Dr. Freih. v. Eiselsberg, **Prof. Dr. Flügge**,
in Wien Geh. Med.-Rat in Breslau
Prof. Dr. Freih. v. Mering und **Prof. Dr. Werth**
in Halle a. S. Geh. Med.-Rat in Kiel

Elfter Band. Erstes Heft.

Gerichtliche Medizin.

Zwölf Vorträge,

gehalten von

Privatdozent Dr. Gottschalk, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Jolly, Prof. Dr. Israel, Prof. Dr. Köppen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Liebreich, Prof. Dr. Mendel, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen, Gerichtsarzt Privatdozent Dr. Puppe und Gerichtsarzt Prof. Dr. Strassmann,

herausgegeben vom

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen.



Jena.
Verlag von Gustav Fischer.
1903.

Inhalt.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Burgerstein, Dr. Leo, und **Netolitzky,** Dr. Aug. in Wien, **Handbuch der Schulhygiene.** Mit 350 Abbildungen. Zweite umgearbeitete Auflage. Preis: brosch. 20 Mark, geb. 22 Mark.

Cramer, Dr. A., Professor in Göttingen, **Gerichtliche Psychiatrie.** Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen. Zweite, mit besonderer Berücksichtigung des Bürgerlichen Gesetzbuchs für das Deutsche Reich vermehrte und verbesserte Auflage. 1900. Preis: brosch. 6 Mark, geb. 7 Mark.

Gaupp, Dr. Robert, Privatdozent an der Universität in Heidelberg, **Die Dipsomanie.** Eine klinische Studie. Preis: 4 Mark.

Guder, Dr. Paul, 1. Assistenzarzt der Grossh. Sächs. Landes-Irren-Heilanstalt zu Jena, **Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen** unter besonderer Berücksichtigung ihrer gerichtsärztlichen Beurteilung. 1886. Preis: 2 Mark 40 Pf.

Soeben erschien:

Helenius, Dr. polit., Helsingfors, **Die Alkoholfrage.** Eine soziologisch-statistische Untersuchung. Preis: etwa 7 Mark.

Kunkel, Dr. A. J., Professor an der Universität in Würzburg, **Handbuch der Toxikologie.** 2 Bände. Preis: 24 Mark.

Pilcz, Dr. Alex., Assistent der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien, **Die periodischen Geistesstörungen.** Eine klinische Studie. Mit 57 Kurven im Text. 1901. Preis: 5 Mark.

Rille, Dr. J. H., Prof., Vorstand d. dermatologischen Klinik an d. k. k. Universität zu Innsbruck, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Erste Abteilung. Mit 34 Abbildungen im Text. 1902. Preis: pro complett 4 Mark 50 Pf.

Feststellung des Todes und der Todesursache.

Erster Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin", gehalten am 11. Februar 1902

von

Prof. Dr. **O. Israel**,
Berlin.

Mit 5 Abbildungen im Text.

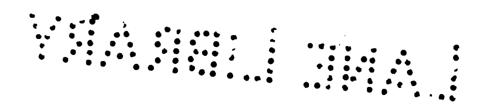
Meine Herren! Die Aufgaben des Gerichtsarztes sind so vielseitig, wie die der ärztlichen Praxis überhaupt. Sie werden aber noch kompliziert in nicht unerheblicher Weise durch die Fragestellungen, die ihm vorgelegt werden, durch die Notwendigkeit, auf die Fragen des Richters zu antworten mit einer Objektivität, die — das kann man ja ruhig eingestehen — in der gewöhnlichen Praxis nicht immer nötig ist. Schliesst ein Zweifel über die thatsächlichen Verhältnisse in der Praxis die Ziehung weiterer Konsequenzen nicht aus, weil es möglich ist, unter Umständen durch einen auf gute Erfahrungen gegründeten, geschickten Versuch noch viel zu nützen, so ist jede derartige Spekulation bei der Beantwortung der Fragen, die der Richter stellt, durchaus ausgeschlossen. Da können nur vollständigste Objektivität, die exakteste Feststellung der thatsächlichen Unterlagen und die nüchternste logische Verwertung derselben zu einem befriedigenden Resultat führen. Das gilt nun besonders für alle Fragen, die das thanatologische Gebiet betreffen, die sich an das Ableben irgend einer Persönlichkeit knüpfen, und die unter Umständen noch besonders dadurch erschwert werden, dass Indicien, die in der alltäglichen Praxis doch dem Arzte oft in der verschiedensten Weise zur Verfügung stehen, nicht in demselben Umfange verwertbar sind, weil ja der Hauptzeuge auf ewig verstummt ist. Andererseits bietet sich aber gerade bei diesen Fragen ein Hilfsmittel, eine Möglichkeit, die thatsächlichen Unterlagen in einer Gründlichkeit zu erheben und so zu vertiefen, wie dies am lebenden Menschen nicht möglich ist, indem wir die Leichenschau weiter ausdehnen können auf die a n a t o m i s c h e U n t e r s u c h u n g des Körpers. Diese Möglichkeit, welche uns gestattet, exakte Fest-

stellungen zu machen, bietet uns naturgemäss Grundlagen, die wir in jeder Weise ausarbeiten können, und die uns dann oft gestatten, mit einem Grade von Sicherheit Aussagen zu machen, wie das bei einer Untersuchung des Lebenden nicht immer angängig ist.

Für den Gerichtsarzt kommt hierbei zunächst in Betracht die *Feststellung des Todes*, dann die *Feststellung der Todesursache*, soweit diese Fragen durch die Untersuchung der Leiche erledigt werden können. Die Feststellung des Todes im bürgerlichen Sinne ist freilich meistens keine Aufgabe der anatomischen Untersuchung; sie ist eine Feststellung, die sich gewöhnlich sehr einfach und schnell erledigt. Jeder einigermassen verständige Laie, jeder seiner Aufgabe gewachsene Arzt wird die Frage schnell lösen. Wirklich zweifelhaft kann der Tod eines Individuums nur während ganz kurzer Zeit sein. Die Berichte von Scheintod, die sich in der Litteratur beständig fortpflanzen und in der Tagespresse vielfach sensationell aufgebauscht werden, kommen stets darauf hinaus, dass eine ungenügende Beobachtung vorliegt, eine Beobachtung, wie sie von nicht sachkundigen Laien angestellt wird und wie sie in manchen Fällen durch nicht genügend vorsichtige Aerzte wohl auch bestätigt worden ist.

Deshalb dürfen wir von den Fällen des Scheintodes hier absehen. Andererseits ist es aber für die Fragen, die der Richter stellt, sehr wichtig, dass wir im stande sind, über den zeitlichen Eintritt des Todes aus der Untersuchung wertvolle Aufschlüsse zu gewinnen, allerdings nicht mit der Sicherheit, dass wir ihn auf die Stunde oder gar die Minute angeben können, aber doch so, dass wir sagen: der Kadaver hat sich unter den und den Umständen befunden, Denatus ist ungefähr so und so lange tot. Das kommt natürlich nur in Frage bei Todesfällen, die unerwartet oder ohne Zeugen eingetreten sind, und die Merkmale, welche wir dann durch die äussere Besichtigung der Leiche sowie durch die Sektion erheben, sind in der grossen Mehrzahl der Fälle geeignet, uns über die Zeitverhältnisse einen Aufschluss zu geben.

Das ist nun möglich auf Grund von Veränderungen, die sofort einsetzen, nachdem das Leben erloschen ist. Als erloschen wird man das Leben eines Menschen ansehen, wenn Herz und Atmung ihren Dienst versagen, und es nicht mehr möglich gewesen ist, durch zweckmässige Hilfsmittel die Herstellung dieser Funktionen zu erzielen. Absolut plötzlich tritt der Tod auch in denjenigen Fällen nicht ein, die als plötzliche Todesfälle bezeichnet werden. Man sollte da lieber von unerwartetem Tode sprechen; denn alle Funktionen erlöschen in einem so komplizierten Organismus, wie es der Mensch ist, erst allmählich. Es ist Ihnen ja bekannt, dass die Herzthätigkeit unter Umständen die Atmung eine gewisse Zeit lang überdauert; auch bei allen



anderen Funktionen ist ein ungleichmässiger Zeitpunkt oder wenigstens nicht genau derselbe Zeitpunkt des Absterbens zu beobachten. Wer Gelegenheit hatte, einen Todesfall genauer zu beobachten, der wird gesehen haben, dass unter Umständen nach dem Erlöschen der Herz- und Lungenfunktion eine lebhafte Peristaltik noch weiter bestanden hat. Bei dünnen Bauchdecken ist etwas derartiges gelegentlich gut zu beobachten. Experimentelle Erfahrungen in dieser Beziehung sind leicht anzustellen. Auch die wissenschaftliche Forschung hat ergeben, dass die einzelnen Körperteile zu sehr verschiedenen Zeiten absterben, dass beispielsweise die Muskulatur noch mehrere Stunden, falls sie unter günstigen Umständen aufbewahrt wurde, nach dem Tode erregbar bleibt, während allerdings die Nervenfunktion früher aufgehoben wird, dass ferner gewisse Drüsenfunktionen noch eine Zeit lang nach dem Tode zu beobachten sind, kurz, dass das Leben in den einzelnen Teilen des Körpers erst allmählich erlischt. Im bürgerlichen Sinne wird aber stets das Sistieren der Atmung und der Zirkulation als der Zeitpunkt des Todes zu gelten haben. Für die Ausbildung der Zeichen des Todes, für die sofort nach dem Ableben einsetzenden kadaverösen Veränderungen ist es aber von Bedeutung, dass die einzelnen Körperteile ein mehr oder weniger langes Ueberleben zeigen. Dieses Ueberleben hört, wie gesagt, successive auf, und dann setzen an den einzelnen Organen die Veränderungen ein, welche zur Ausbildung der kadaverösen Zustände führen.

Das erste wohl, was in dieser Beziehung eintritt, das sofort nach dem Erlöschen der Herzthätigkeit seinen Anfang nimmt, ist die Senkung des Blutes in den Gefässen. Während bis dahin die Triebkraft des Herzens die Zirkulation aufrecht erhielt, tritt jetzt an ihre Stelle lediglich das Gesetz der Schwere. Entsprechend den geringsten Widerständen häuft sich das Blut in den tieferen Teilen des Körpers an, die höher gelegenen erblassen zum Teil sehr schnell, und es bildet sich meistens schon im Laufe weniger Stunden in der äusseren Haut dasjenige aus, was wir als Totenflecke, als Livores kennen. Es sind dies bläulich-rote Färbungen, vorzugsweise an der unteren Fläche des Rumpfes wie der Extremitäten, die jedoch an denjenigen Stellen, an denen der Körper auf der Unterlage aufliegt, ausbleiben, die aber je nach der Blutmenge, die dabei ins Spiel kommt, mehr oder weniger intensiv gefärbt an den abschüssigen Teilen auftreten. Was wir hier an der Oberfläche des Körpers sehen, das vollzieht sich selbstverständlich auch im Inneren, die Blutverteilung wird eine ganz andere, als im Leben, durch diese Senkungserscheinungen, die auch als Hypostasen bezeichnet werden.

Sie werden deshalb grosse Unterschiede bemerken je nach der Lage der Leiche. Wenn die Leiche, wie gewöhnlich, auf dem Rücken liegt, ist es die Rückseite, die Hinterseite des Rumpfes und der Ex-

tremitäten, es sind vor allem die grossen Gefässe, namentlich die grossen Venen des Rumpfes, von den inneren Organen die hinteren Teile der Lungen und die Nieren, die das meiste Blut enthalten. Liegt die Leiche auf der Seite, so kommt es vor, dass die eine Hälfte, die nach oben liegenden Teile, sehr wenig Blut enthalten, die andere dafür desto mehr, und dass in dieser Beziehung sehr grosse Unterschiede bestehen zwischen den gleichnamigen Organen, dass beispielsweise die eine Niere auffallend blutreicher ist, als die andere. Liegt gar, was ja gerade in Fällen von plötzlichem, unerwartetem Tod, die zur gerichtlichen Verhandlung kommen, möglich ist, die Leiche auf dem Bauche, so gruppieren sich danach auch die Totenflecke sowohl wie die Blutanhäufung in den inneren Organen. Beispielsweise gilt als ein sehr wichtiges Moment die Anhäufung von Blut in der vorderen Magenwand. Das ist eine Stelle, die unter dem Druck der Gase für gewöhnlich noch mehr als die anderen Teile des Unterleibes blutarm wird, wenn die Leiche auf dem Rücken liegt. Liegt aber die Leiche auf dem Gesicht, auf dem Bauch, entfernt sich also das Blut aus der Hinterwand des Magens, so sinkt es in die Gefässe der Vorderwand, und das Merkmal, das wir dann finden, hat natürlich seine entsprechende Bedeutung.

Ich will nicht zu weit auf diese Verhältnisse eingehen, denn wir müssen uns mit dem Blute noch weiter beschäftigen, weil, gleichfalls kurze Zeit nach dem Tode, die Abscheidung von Gerinnseln in ihm beginnt, weil das Blut koaguliert, wie man sagt. Niemals jedoch koaguliert die gesamte Blutmasse. Es scheidet sich in ihr vielmehr nur das Fibrin aus, welches nur einen Teil des Gesamtinhalts des Gefässsystems repräsentiert, und zwar dasjenige, was durch die Einwirkung der fibrinoplastischen auf die fibrinogene Substanz dort zur Gerinnung gebracht wird. Es ist das nur ein Anteil des Plasmas, der Blutflüssigkeit, während die anderen Bestandteile des Blutes, die roten und die farblosen Blutkörperchen, in der Flüssigkeit sinken und sich in den tieferen Teilen der Gefässräume anhäufen; bei der Ausscheidung wird das Plasma zerstört, an seine Stelle tritt eben das Fibrinkoagulum und das Serum. Ist die Gerinnung beendet, so besteht das Blut aus drei zu sondernden Bestandteilen: aus dem Blutserum, einem Fibrinkoagulum und den roten und farblosen Blutkörperchen. Die Blutkörperchen sind nun unter Umständen in sehr reichem Masse in das Koagulum eingeschlossen. Die bekannten zarten, sehr feinfaserigen Fibrinfäden umschliessen die Blutzellen und deren Zerfallsprodukte und vereinigen sich zu einem sogenannten Blutkuchen. Wir sprechen, je nachdem die Gerinnsel mehr oder weniger von diesen roten Blutkörperchen enthalten und deshalb mehr oder weniger intensiv rot gefärbt sind oder blasser, bis farblos, erscheinen, weil sie keine von den färbenden Bestandteilen mitenthalten, von roten

Kruorgerinnseln, oder von Speckhautgerinnseln, sind aber natürlich genötigt, bei der gerichtlichen Feststellung, in dem Protokoll, welches wir über unseren Befund geben, die Farbe genau anzugeben. Ausserdem ist es zweckmässig, eine Aeusserung über die Feuchtigkeit dieser Gerinnsel, über die Dichtigkeit ihrer Zusammensetzung nicht zurückzuhalten. Es unterscheiden sich nämlich diese Gerinnsel durch ihre Eigenschaften sehr wesentlich von denjenigen, welche im Leben entstanden sind, von den sogenannten Thromben.

Ich werde Ihnen nachher noch einige derartige Dinge zeigen, die an bestimmten Stellen des Körpers in den grossen Venen während des Lebens entstanden sind. Diese Bildungen haben eigentümliche Merkmale, die sie mit Sicherheit von kadaverösen Gerinnseln zu trennen gestatten. Sie haben an der Oberfläche kleine Reliefs, feine Kämme, sehr niedrige zarte Leisten und sie zeigen keine gleichmässige Farbe, weil in ihnen rote mit farblosen Schichten abwechseln. Auf die näheren Einzelheiten ihrer Entstehung kann ich natürlich hier nicht eingehen. Gerade in dem Wechsel von gefärbten und ungefärbten Bestandteilen, in dem feinen Relief der Oberfläche zeigt sich neben der Trockenheit dieser Abscheidungen der Unterschied gegenüber denjenigen Gerinnseln, welche erst nach dem Tode entstehen. Es sind auch noch andere Differenzen in der Form recht gewöhnlich, die aber keine prinzipielle Bedeutung haben, die nur abhängig sind von den Formverhältnissen des Gefässraumes, in dem die Gerinnsel sich bildeten. So werden Sie beispielsweise bei diesen kadaverösen Gerinnseln (Demonstration) einige gute Abgüsse der Aortenklappe erkennen. Die Ostien bilden sich hier natürlich negativ ab. Ausserdem bemerke ich, dass es teils rote, teils farblose Gerinnsel sind, was von dem verschiedenen Gehalt an Blutzellen herrührt.

Ist die Gerinnung des Blutes erfolgt, so findet eine weitere Senkung natürlich nur insofern statt, als noch flüssige Massen im Gefässapparat zurückgeblieben sind; sie sind für gewöhnlich noch recht reichliche. Es giebt einige Todesursachen, die sogar ein auffälliges Flüssigbleiben des Blutes bewirken, plötzliche Todesfälle, bei denen im allgemeinen angenommen wird, dass die Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure die Gerinnung verzögert, bezw. ganz verhindert während des Zeitraums, bis die Leiche zur Untersuchung kommt. In der That kommen gelegentlich Fälle vor, wo man überhaupt keine Gerinnsel beobachtet.

Währenddessen hat aber auch ein anderer Vorgang allmählich Platz gegriffen, der im Leben nicht beobachtet wird, aber seine Parallele findet in einem exquisit vitalen Vorgang, nämlich in der Sekretion. An die Stelle der Sekretion, die im Leben nicht bloss bei den Drüsen, sondern auch bei den anderen zelligen und intercellulären Bestandteilen von Bedeutung ist, an die Stelle dieses Pro-

zesses tritt die Diffusion der Flüssigkeit entsprechend ihrem osmotischen Koefficienten und den organischen Membranen, die hier in Betracht kommen; das heisst also, es tritt die Flüssigkeit einfach nach physikalischen Gesetzen aus den Zellen und den Gefässen aus, wo sich die Gelegenheit bietet. Die Folgen davon sind sehr häufig zu beobachten — nicht gerade nach kurzer Zeit; denn diese Diffusionserscheinungen werden erst viel später bemerkbar, als etwa die Blutgerinnung. Infolge der Diffusion tritt aus den roten Blutscheiben das Blutrot, das Hämoglobin, aus. Es vermischt sich mit dem Blutserum und bildet auf diese Weise eine Farbstofflösung, die unter Umständen fast so gut tingiert, wie die in der mikroskopischen Technik gebräuchlichen Anilinfarben; ein Farbstoff, der die Teile durchdringt und im groben beispielsweise die Klappen des Herzens intensiv rot färbt. Die Zeit liegt lange zurück, in der diese Veränderungen für entzündliche Erscheinungen gehalten wurden. Gerade Virchow hat mit dieser Vorstellung aufgeräumt. Es handelt sich hierbei einfach um eine, allerdings recht oft zu beobachtende Form der Zersetzung. Ebenso kommen Diffusionserscheinungen in der Umgebung der grösseren Gefässe in exquisiter Weise zur Beobachtung. Wer eine Leiche, die bereits einige Tage gelegen hat, untersucht, der wird vor allem in der Umgebung von Venen der Arachnoides, der weichen Hirnhaut, Diffusionserscheinungen recht beträchtlich finden, wie überhaupt in der Nachbarschaft von Venen.

Auf Diffusionserscheinungen, in Verbindung mit den Wirkungen der Verdauungssäfte, sind vor allem die eigenartigen Erweichungszustände am Magen zurückzuführen, die im allgemeinen unter dem Namen der braunen Erweichung zusammengefasst werden. Gerade bei dieser braunen Erweichung kann man sehen, ein wie guter Farbstoff die Hämoglobinlösung ist. Wer einmal Teile davon untersucht und etwas weiter geht, als über die Schleimhaut, bis in die Muskulatur, der wird gar nicht selten darin die schönste Kernfärbung erkennen, lediglich hervorgebracht durch das Hämoglobin unter Beihilfe des sauren Mageninhalts.

Noch vor diesen Erscheinungen, fast so früh wie die Gerinnselbildung in den Gefässen, in seltenen Fällen schon eine Stunde, in anderen Fällen 4 Stunden, für gewöhnlich etwa 7—8 Stunden nach dem Tode, tritt an dem Leichnam die Starre hervor, das Starrwerden der Muskulatur, welches sich ganz allmählich mit der Säuerung der Muskulatur entwickelt und allmählich auch diejenige Intensität erreicht, welche im groben durch Beugen der Glieder der Leiche zu konstatieren ist und erst durch eine mässig kräftige Bewegung in den Gelenken überwunden wird. Diese Totenstarre nun, die wegen der bekannten, allerdings schwankenden Zeit ihres Eintritts gleichfalls gewisse chronologische Handhaben bietet, bleibt eine bestimmte Zeit

bestehen und löst sich dann wieder, allerdings auch nach verschieden langer Zeit, 24 Stunden und länger nach dem Tode. Sie löst sich ebenfalls allmählich; an gewissen Körperteilen tritt sie früher ein als an anderen. Sie löst sich in dem Masse, wie die Zersetzungen im Körper vor sich gehen, wenn die Verwesung beginnt; das ist ungefähr auch der Zeitpunkt, wo die vorhin geschilderten und noch andere Diffusionserscheinungen besonders deutlich werden. Dieser Zeitpunkt ist jedoch ausserordentlich schwankend nach den Bedingungen, unter denen die Leichen sich befinden.

Wenn die Leichen in einem warmen oder in einem kalten Raum liegen, so macht das sehr grosse Unterschiede. Wie die Ingesta, die der Kranke vor dem Tode sich einverleibt hat, verschiedener Art sind, so hängt von ihrer Beschaffenheit auch sehr wesentlich der Eintritt der Zersetzung ab. Manchmal gehen der Fäulnis noch Erscheinungen vorauf, die nicht in das Gebiet dieser stinkenden Fäulnis gehören, die vielfach als Gärungserscheinungen angesehen werden, die wir aber zweckmässiger als Verwesung bezeichnen, nachdem sich mit dem Begriff der Gärung ganz bestimmte chemische Vorstellungen verknüpft haben. Die richtige Fäulnis aber verändert den Körper in einer Weise, die ihn im höchsten Masse zu entstellen vermag und sich nicht bloss durch eine Aenderung der Färbung kundgiebt, die oft in höchstem Masse überraschend ist: Grünfärbung an den Teilen, welche in der Nähe des Darmkanals sich befinden, wegen der von ihm ausgehenden Bildung von Schwefelwasserstoff, schieferige Färbung auch an denjenigen Teilen, die gleichfalls unter Einwirkung von Schwefelwasserstoff stehen und nicht durch blosse Anwesenheit von Blut gefärbt sind, sondern durch Pigmente, welche sich während des Lebens dort abgeschieden haben und jetzt besonders deutlich hervortreten. Kurz, es kommen da Erscheinungen zu stande, die ausserordentlich vielseitig sind und sich nicht bloss auf das koloristische Gebiet erstrecken, sondern grobe mechanische Abweichungen in der Zusammensetzung hervorrufen. Darüber brauche ich mich wohl hier nicht weiter zu verbreiten. Es sind das Dinge, die erst so spät eintreten, dass sie für die Chronologie des Todes nur entfernt in Betracht kommen.

Vielleicht darf ich hier aber noch hinzufügen, dass die Fäulniserscheinungen in ihrem zeitlichen Eintritt auch sehr abhängig sind von den Vorgängen, die während des Lebens sich bemerkbar machten, dass beispielsweise hydropische (wassersüchtige) Leichen, ferner Leichen von Personen, welche an schwer fieberhaften Infektionsprozessen gelitten haben, also septische, dass auch ikterische, durch Gallenfarbstoff besonders gekennzeichnete Leichen, im allgemeinen früher Verwesungs- und Fäulniserscheinungen aufweisen als andere. In den Tropen tritt — das folgt aus der Einwirkung der Temperatur — die Fäulnis oft

besonders frühzeitig ein. Ich habe selber einmal Objekte von einer Sektion untersucht, die in Kamerun 8 Stunden nach dem Tode gemacht war, unter denen bereits die ganze Leber und Lunge in ihren Gefässen von Bacterium coli völlig durchwachsen waren, wo also die kurze Zeit nach dem Tode genügt hatte, ein Bild hervorzurufen, das in der Massenhaftigkeit des Auftretens der Stäbchen innerhalb der Blutbahn etwa nur noch konkurriert mit experimentellem Milzbrand.

Anders ist es nun bei der Feststellung der Todesursache. Ist ein grosser Teil derjenigen Dinge, welche den Zeitpunkt des Todes betreffen, schon zu erledigen bei der äusseren Besichtigung — ich hatte die Befunde bei der Leichenöffnung hier im wesentlichen nur angeführt als Parallele für das, was wir an der Oberfläche des Körpers sehen — so ist die Feststelluug der Todesursache durch die äussere Besichtigung nur in wenig Fällen möglich. Dazu ist dann die Ausführung der Sektion erforderlich. Ihnen allen ist ja das preussische Regulativ für das Verfahren der Gerichtsärzte bekannt und zum grössten Teil auch wohl die Erläuterungen, die Virchow dazu in seiner Sektionstechnik gegeben hat, entsprechend dem Verfahren, wie es hier im Charité-Krankenhause von ihm ausgebildet worden ist und im täglichen Dienst geübt wird. Es bietet ein vortreffliches Mittel, um mit vollständiger Objektivität die einzelnen Befunde festzustellen, auf die das Urteil des Gerichtsarztes zu basieren hat. Ich kann natürlich nicht den Gang der Obduktion hier vor Ihnen entwickeln. Sie werden ja mehr oder weniger ihn alle gegenwärtig haben.

Hervorheben will ich nur, dass der Grundsatz, nach dem die Eröffnung der Leiche geschieht, der ist, dass alles, was sich irgend ermitteln lässt, festgestellt wird, und zwar in einer Reihenfolge, welche es verhindert, dass irgend etwas in seinem Zusammenhange und in seinem besonderen Verhalten gestört wird, bevor es protokollarisch genau festgelegt ist. Irgend welche Veränderungen dürfen in dem Leichnam durch die Sektion nicht hervorgerufen werden, bevor eben nicht der ursprüngliche Zustand der betreffenden Teile aufgenommen ist. Das hat seine grosse Bedeutung für den Gang der Obduktion. Wenn wir beispielsweise die Brusthöhle eröffnen, bevor wir uns von dem Verhalten der Gehirngefässe überzeugt haben, wenn wir die Bauchsektion ausführen, bevor wir die Organe im Brustkasten, vor allem Lunge und Herz, untersucht haben, so würden wir an diesen Teilen schwerwiegende Alterationen des Blutgehaltes, vielleicht auch andere Störungen ihres Zustandes hervorrufen können, die wir vermeiden müssen. Deshalb ist die Reihenfolge der Untersuchung so festgestellt, dass zwar die Bauchhöhle eröffnet wird, dass dann aber, nachdem die Lage und Farbe der Eingeweide, etwaiger fremder, ungehöriger In-

halt, und was sich sonst dort an Abweichungen findet, notiert ist, nicht erst die Bauchsektion vollendet wird, sondern die Sektion der Brust sich zunächst anschliesst. Sie beginnt damit, dass das Brustbein mit den anstossenden Rippenknorpeln herausgehoben wird, was nicht ohne Aenderungen in der Lage der Bauchorgane abgeht. Bei der Sektion von Kindern soll deshalb, bevor die Eröffnung des Thorax gemacht wird, die Feststellung des Zwerchfellstandes regelmässig vorgenommen werden. Das Zwerchfell verändert seine Lage selbstverständlich sofort in dem Augenblicke, wo der Thorax geöffnet wird. Dann folgt die Sektion der Organe der Brusthöhle, nachdem wir vorher die Lage der Organe, den Zustand des Brustfells, seinen Inhalt etc. konstatiert haben. Es schliesst sich daran die Untersuchung des Herzens, der Lungen, der Halsorgane u. s. w. Vorher aber — das hätte ich wohl ausdrücklich erwähnen sollen — bevor wir an die Eröffnung des Rumpfes gehen, sollen wir den Schädel eröffnet haben, falls nicht etwa Gründe vorliegen, welche uns veranlassen, die Brust- und Bauchsektion vorwegzunehmen.

Das ganze Regulativ ist nämlich in dem Sinne gemeint, dass es zwar bindende Vorschriften für diejenigen Fälle giebt, welche nicht wegen irgend eines Befundes besondere Rücksichten verlangen, dass aber Abweichungen unter allen Umständen gestattet sind, welche sie begründen können. Es ist durchaus zulässig, dass äusserlich sichtbare Verletzungen, dass Befunde, die wir während der Sektion erheben, eine Abweichung rechtfertigen; im allgemeinen soll die Sektion sogar begonnen werden mit demjenigen Organ, in dem nach der Anamnese, nach den Feststellungen äusserlicher Art die Haupterkrankung bezw. die Todesursache vermutet werden kann. Wenn eine derartige Vermutung nicht vorliegt, ist jedoch der Gang: äussere Besichtigung, Sektion der Kopfhöhle, Besichtigung der Bauchhöhle, Sektion der Brusthöhle, Sektion des Bauches, obligatorisch. Selbstverständlich hat sich dann an die Untersuchung der Höhlen diejenige des Rumpfes und der Extremitäten anzuschliessen, ebenso die Oeffnung der Gelenke und was sonst noch für die Beurteilung der Leiche in Betracht kommt.

Die Aufgabe der Sektion ist in erster Linie die Feststellung der Todesursache, und diese werden wir also in jedem Falle aufzusuchen haben auf Grund derjenigen Kenntnisse, die wir über den *Eintritt des Todes* im allgemeinen besitzen, d. h. über das *Erlöschen des Lebens*. Das Leben erlischt, wie bereits erwähnt, wenn Herz- und Atmungsthätigkeit aufhören. Das Leben an sich — darüber müssen wir uns ja klar sein — ist eine Funktion, welche wesentlich hinauskommt auf die Ernährung des Individuums. Zwar erfordert es noch die Fortpflanzung, die jedoch für die Erhaltung des Individuums nicht von nöten ist, wir können also von ihr absehen. Die

Ernährung nun wird unterhalten durch die Aufnahme von ektogenen Substanzen, unter denen nicht bloss das, was wir schlechthin als Lebensmittel bezeichnen, von Bedeutung ist, sondern in allererster Linie der Sauerstoff der umgebenden Luft. Die Luft tritt mit unserem Körper in die innigste Berührung in den Lungen. Die Respiration durch die äussere Haut kommt bei weitem nicht in diesem Masse in Betracht. In den Lungen kommt der Sauerstoff mit dem Blute in Berührung, welches in den Kapillaren des Lungengewebes kreist, getrieben durch die Kraft des Herzens, und deshalb ist die Unterbrechung der Atmung in vielen Fällen, nicht bloss gewaltsamen, sondern auch natürlichen Todes, die direkte Ursache des Lebensendes. Das Aufhören der Herzfunktion, welches von der Zirkulationsstörung in den Lungen gefolgt wird, ist die eine Ursache, die Unmöglichkeit des Zutritts der Luft zu dem Blut der Lunge die andere, und man spricht dann, je nachdem die eine oder die andere in Wirkung tritt, entweder von einem Herztod oder von einem Lungentod; wenn er plötzlich eintritt, von Herzschlag, von Lungenschlag. Als drittes Moment kommt dann noch die Lähmung der Zentralorgane in Betracht, welche Zirkulation und Atmung durch Nervenleitung regulieren. Im übrigen haben wir aber auch hier die direkte Todesursache in dem Abschneiden der für den Menschen selbst für kürzere Zeit nicht entbehrlichen Ernährung durch Sauerstoff zu suchen. Die Zufuhr der anderen Lebensmittel (Eiweiss, Fett, Kohlehydrate, Salze), die wir im bürgerlichen Leben allein als Nahrung ansehen, ist nicht so ununterbrochen nötig; wenigstens kann sie für gewisse Zeiten sistiert, und dann kann wieder eingeholt werden, was versäumt wurde. Dies kommt beispielsweise bei länger bestehenden Krankheiten sehr häufig zur Beobachtung, als Ursache akuter Todesfälle niemals. Freilich wirkt die Entziehung der Nahrung bei chronischen Krankheiten auch vor allem auf den Zirkulationsapparat. Das Herz, das ebenso, wie die anderen Körperteile, ausreichend ernährt werden muss, um seine Dienste zu leisten, wird durch Erschöpfung seiner Vorräte leistungsunfähig, und es kommen dann unter Umständen auch unerwartete Todesfälle infolge von Kachexie zu stande. Was wir demnach bei zweifelhaften Todesfällen vor allem in Betracht zu ziehen haben, ist die aus den Befunden zu beurteilende Funktionsfähigkeit der Lunge und des Herzens.

Entsprechend der Nahrungsaufnahme steht nun aber auch noch als eine sehr wichtige Ursache des Aufhörens der Lebensvorgänge im Vordergrunde der Betrachtung die Unterbrechung der Ausscheidungen.

So gut wie die Sauerstoffaufnahme, wenn sie unterbrochen wird, den Tod herbeiführt, so thut dies auch die Kohlensäureabschei-

dung, wenn sie unterdrückt wird. Die hauptsächlichen sonstigen Ausscheidungen des Körpers durch die Exkretionsorgane, unter denen die Nieren obenan stehen neben den anderen drüsigen Einrichtungen, werden z. B. durch Vergiftungen besonders häufig unterbrochen und können dann verhältnismässig recht schnell den Tod herbeiführen. Kommen aber, wodurch nun der Herzstillstand und das Aufhören der Respiration auch bewirkt sein mögen, die verschiedensten Momente in Betracht — immer geht der Tod in diesen Fällen zurück auf Unterbrechung einer jener beiden Thätigkeiten.

Was sind nun die Zeichen, die wir anatomisch ausgeprägt finden, wenn der Tod durch Versagen des Herzens eintritt? Aenderungen in der Blutfülle der einzelnen Herzhöhlen, Ueberfüllung der Herzkammern sowohl wie der Vorhöfe weisen, wenn damit namentlich eine bemerkbare Erweiterung der Höhlen und Erschlaffung des Muskelfleisches verbunden ist, stets darauf hin, dass eine Herzlähmung eingetreten ist, und die nähere Untersuchung, die wir dann bezüglich der Beschaffenheit der Muskulatur anstellen, sagt uns in der Mehrzahl der Fälle mit voller Sicherheit, ob der Tod verhältnismässig rasch oder infolge einer Krankheit erfolgte, ob etwa eine äussere Einwirkung irgendwelcher Art ihn veranlasst hat.

Diese Fragen kann ich hier nur kurz streifen, zumal die Erscheinungen, die wir in Fällen von mechanischer Gewaltwirkung finden, gröbere Abweichungen sind, so dass sie für die Untersuchung keine grössere Schwierigkeit machen. Ist das Herz irgendwo perforiert, ist eine Blutung in den Herzbeutel oder durch eine weitergehende Verletzung in andere Körperhöhlen erfolgt und auf diese Weise eine Anämie des Herzens eingetreten, so liegt es auf der Hand, dass das Leben dadurch unterbrochen werden muss. Anders ist es in denjenigen Fällen, wo wir nur geringfügige, scheinbar unbedeutende Abweichungen der Muskulatur finden, anders namentlich auch in denjenigen Fällen, wo von den Zentralorganen der Tod eingeleitet wurde. Traumata, durch äussere Gewalt, oder natürliche Erscheinungen treten dort ein und betreffen die Zentren, von denen aus Herz- und Lungenthätigkeit reguliert werden. Da finden wir gelegentlich recht unerwartete Störungen, aber diejenigen Zustände, welche im Leben als Commotio cerebri bezeichnet werden, lassen in der Leiche oft gar keine nachweisbaren Alterationen erkennen. Es ist oft gar nicht möglich, durch die mikroskopische Untersuchung in einem Gehirn, welches nur durch gewaltsame Erschütterung zur Aufhebung seiner Funktionen gebracht wurde, irgendwelche Abweichungen wahrzunehmen. Freilich ist das selten. Für gewöhnlich gelingt es, ganz bedeutende oder wenigstens leicht wahrnehmbare Verletzungen zu erkennen, Blutungen, die ent-

weder durch gewaltsame Einwirkungen oder durch natürliches Platzen von Gefässen hervorgerufen werden, die je nach ihrem Sitz eine mehr oder weniger verderbliche Wirkung äussern. Der Hirnschlag wird in der grossen Mehrzahl der Fälle durch Hämorrhagieen hervorgerufen; diese hämorrhagische Apoplexie ist eine der häufigen Todesursachen im gewöhnlichen Leben. Gewaltsame Kontinuitätstrennung der Gefässe führt oft gleichfalls zu Blutungen, die nicht einmal immer an der Stelle sitzen, an der die schwerste Gewalteinwirkung direkt erfolgte, sondern durch Contrecoup, wie man sagt, gerade an den entgegengesetzten Teilen des Gehirns lokalisiert sind. Die schnellste unerwartete Aufhebung des Lebens wegen Sistierens der Herzinnervation wird bedingt durch Blutungen, die in der Brücke ihren Sitz haben und oft schon bei sehr geringfügigem Umfange den tödlichen Effekt erzielen. Das sind Zustände, die verhältnismässig leicht zu diagnostizieren sind.

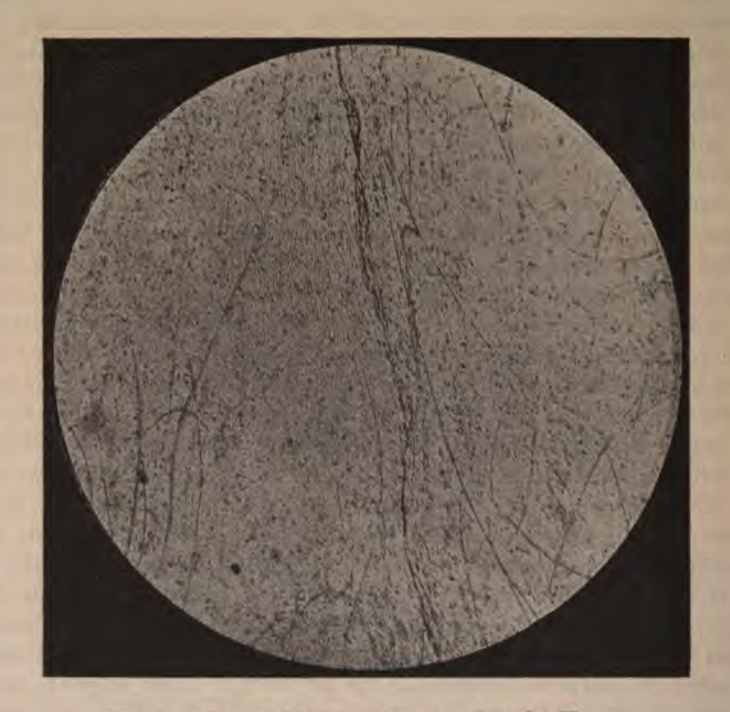


Fig. 1. Encephalitis neonatorum (schwache Vergr.).

Schwerer schon sind die Abweichungen zu erkennen, welche sich an eine lokale Aufhebung der Ernährung anschliessen, Veränderungen,

bei denen die Hirnsubstanz zerfällt, meistenteils unter Aenderung ihrer Farbe. Diese wird entweder rot, wenn die Störung auf hämorrhagische, gelb durch Fettmetamorphose, wenn sie auf ischämische Vorgänge zurückzuführen ist. Die Fettmetamorphose, die bei Gehirnerweichungen unter Umständen eine so deletäre Rolle spielt, findet einen eigenartigen Ausdruck bei einer Art von Veränderungen, die sich einer gewissen Berühmtheit erfreut. Das ist die Encephalitis neonatorum, die Fettmetamorphose der Neurogliazellen, die Ihnen ja allen bekannt ist, die durch Virchow erkannt wurde und zuerst beschrieben worden ist bei gewissen Fällen von Panophthalmie, wie sie heutzutage bei uns wohl kaum noch vorkommen. Es zeigt sich in sehr ausgesprochenen Fällen dieser Encephalitis makroskopisch schon eine fleckweise hervortretende gelbliche Färbung; gewöhnlich sind die Teile aber nur stark gerötet. Es findet sich dann mikroskopisch eine Anhäufung von sogenannten Körnchenkugeln, die sich



Fig. 2. Körnchenzellen bei Encephalitis neonatorum (starke Vergr.).

von den anderswo vorkommenden Fettkörnerkugeln zwar in mancher Beziehung unterscheiden, die aber doch für den fraglichen Zustand

charakteristisch sind. Mit einiger Vorsicht ist aber bei der Beurteilung zu verfahren, weil physiologisch — durch Flechsig ist das nachgewiesen worden — während der ersten Lebensmonate das Auftreten derartiger Körnchenkugeln vorkommt, und nur das Uebermass derselben ist als eine pathologische Erscheinung anzusehen. Da diese Veränderung weniger bekannt ist, werde ich Ihnen jetzt photographische Aufnahmen eines solchen Präparates projizieren.

Sie sehen da in schwacher Vergrösserung (Fig. 1) die von stark gefüllten Kapillaren durchzogene Substanz des Corpus callosum eines Neugeborenen dicht durchsetzt von kleinen, dunkeln Punkten, deren jeder einer fetthaltigen Zelle entspricht. Auf dem folgenden Bilde (Fig. 2) sind die mit glänzenden Körnchen erfüllten Zellen in



Fig. 3. Fragmentatio myocardii (schwache Vergr.).

stärkerer Vergrösserung dargestellt. Anordnung und Form lassen erkennen, dass es sich nicht um Nervenzellen, sondern um Elemente der Neuroglia handelt.

Am Herzen nun, welches ja, wie gesagt, durch Veränderungen im Gehirn plötzlich ausser Funktion gesetzt werden kann, sind die Erscheinungen der Lähmung meistenteils in der Erweiterung der Höhlen sehr evident und auch in der Beschaffenheit der Muskulatur recht hervortretend. Die Muskulatur ist schlaff, sie ist brüchig, sie ist in vielen Fällen trübe. In anderen Fällen, mit fettiger Metamorphose, treten die bekannten gelblichen Zeichnungen und Flecke auf. Kurz und gut, es kommen dort die verschiedensten Störungen vor, von denen ich Ihnen wiederum nur eine, die Fragmentatio myocardii (Fig. 3), zeigen will, die deshalb ein gewisses Interesse beansprucht, weil sie bei plötzlichen Todesfällen recht häufig gefunden wird und offenbar zu der Plötzlichkeit des Todes auch in einer bestimmten Beziehung steht. Man weiss aber noch nicht von ihr, wie weit sie an der Aufhebung der Funktion des Herzens direkt beteiligt ist, ob sie nicht bloss eine während der unregelmässigen Thätigkeit des Herzens in der Agonie entstehende Veränderung ist durch die gewaltsamen, über das Mittelmass hinausgehenden Kontraktionen. Es ist die Fragmentatio myocardii diejenige Veränderung, bei welcher die einzelnen Primitivbündel des Herzens nicht in ihrem regelmässigen Zusammenhang angetroffen werden, sondern in kleine Stücke zerlegt erscheinen. Die Brüche halten sich nicht etwa an die sogenannten Kittleisten, sondern treten ganz unregelmässig auf. Sie sehen hier überall statt des regelmässigen Zusammenhanges, wie er an einzelnen Stellen noch erhalten ist und besonders in den Seitenteilen hervortritt, lauter kurze Fragmente von ganz verschiedener Länge. Dass ein Muskel, dessen Primitivbündel in solche Fragmente zerlegt sind, sich an den betroffenen Stellen nicht mehr kontrahieren kann, bedarf weiter keines Beweises, denn es fehlen für die einzelnen kontraktionsfähigen Teile die Ansatzpunkte, auf deren Annäherung an einander die Funktion des Muskels beruht.

Gehen wir jetzt zu den Atmungsstörungen über, welche den Tod herbeiführen. Hier kommen alle Momente in Betracht, die den Sauerstoff an dem Zutritt zu den roten Blutkörperchen hindern, also sowohl Verschluss der oberen Luftwege wie auch alle Umstände, welche die Berührung des Sauerstoffes mit dem Blut in den Kapillaren unmöglich machen. Da sind es in einer grossen Anzahl von Fällen gewaltsame Vorgänge, welche die zuführenden grossen Luftwege verstopfen. Ich habe ihnen hier ein paar einschlägige Präparate aufgestellt, weil das Objekte sind, die man auch bei künstlicher Beleuchtung noch recht gut sehen kann. Hier haben wir zunächst ein grosses Blutgerinnsel, das den ganzen Kanal vom Larynx bis unten in die Bronchien verstopft. Dann sind hier ein paar Verlegungen des Kehlkopfeinganges durch eingeklemmte grosse Fleischbissen, die fast den ganzen Rachen er-

füllen und so die Luftzufuhr abschneiden. Hier ist ferner ein Objekt, das durch seine Eigenart interessant ist, ein Hering, von dem noch der hintere Skelettteil aus dem Kehlkopf in den Rachen hineinragt. Dann ist hier ein nicht durch verbrecherische Gewaltthätigkeit, sondern spontan einverleibtes Kleidungsstück, ein Stück dunkelblauen zusammengeballten Wollstoffes, welches wie ein Knäuel den Kehlkopfeingang verlegt. Ferner sehen Sie hier noch ein gewiss absonderliches Objekt, das in dem unteren Teil der Luftröhre steckt, gerade über der Bifurkation, eine Zigarre, die den Larynx passiert hat und die Luftröhre ausfüllt.

Derartig grobe Verstopfungen machen natürlich einen ausreichenden Gaswechsel ganz unmöglich. Andererseits aber kommen umgekehrt, nicht durch die Einwirkung von aussen, sondern von den Gefässapparaten her, Verhältnisse zu stande, in denen das Blut gehindert wird, mit der unbehindert in die Lungen eintretenden Luft in Berührung zu kommen. Vor allem ist dies der Fall bei den plötzlichen Todesfällen, die durch grosse Embolien veranlasst werden. Ich erwähne diese Vorkommnisse hier speziell, weil bei unvorsichtiger Hantierung von Obduzenten, die nicht gerade an diese Möglichkeit denken, dieser Befund, so auffallend er auch noch in den konservierten farbigen Präparaten ist, doch öfter übersehen oder zerstört wird, bevor er zur Kenntnis kommt. Wenn sich in den grossen peripherischen Venen und namentlich in der Vena cava Gerinnsel bilden, Thromben von der Art, wie ich sie vorher im Vergleich mit den intra vitam entstandenen Koagulationen erwähnte, Gerinnsel, die eine bedeutende Grösse erreichen, welche der Ausdehnung der weiten Gefässe entspricht, und von diesen Gerinnseln Teile durch den Blutstrom mitgerissen werden, so gelangen sie notwendigerweise in das Herz, durch den rechten Vorhof, in den rechten Ventrikel und von da in die Lungenarterie, die sie, wenn sie gross genug sind, vor ihrer ersten Teilung verstopfen. Derartige Embolien bewirken, falls sie die zuführenden Gefässe beider Lungenflügel betreffen, plötzlichen Tod. Niemals allerdings führen sie den Tod herbei, wenn sie nur auf den zuführenden Ast eines Lungenflügels beschränkt sind. Ausser diesen grossen Gerinnseln fliegen gelegentlich auch noch kleinere Gerinnsel in die Lunge (Demonstration makroskopischer Präparate). Wer daran denkt, sieht sich also vor, um diese Präparate nicht zu zerstören. Wer nicht daran denkt, durchschneidet oder verliert die meistenteils einigermassen lose sitzenden Pfröpfe. Im glücklichen Falle findet sich noch einmal ein Rest in situ, der zu weiterer Nachforschung führt und in der Flüssigkeit, die sich bei der Sektion im Thorax ansammelt, gelegentlich noch die Auffindung der Hauptteile ermöglicht. Das ist freilich ein Vorkommnis, welches bei manchen gerichtlichen Sektionen wohl den Anlass gab, dass die Todesursache nicht festzustellen war. Auch in

den Hirngefässen werden kleinere Embolien öfter übersehen, die zur Anämie lebenswichtiger Teile führten. Weniger in der Art. basilaris als in den Artt. foss. Sylvii werden sie leicht verkannt und für belanglose kadaveröse Gerinnsel angesehen.

Die Embolie durch grobe Massen, welche die Blutzufuhr abschneiden, findet ihre Parallele in einer Art von Embolie, welche nur mikroskopisch auffindbar ist. Es gehört dieser Fall zu denjenigen, von welchen Virchow am Schlusse seiner Sektionstechnik speziell hervorgehoben hat, dass sie durch die mikroskopische Untersuchung festgelegt werden müssen. Es ist die Embolie der Lungenkapillaren durch massenhafte Einschwemmungen, namentlich von Fett. In neuerer Zeit sind noch andere Körperbestandteile, einzelne Zellen oder kleine Zusammenhänge derselben sehr häufig in den Lungen gefunden worden. Sie haben aber nicht die Bedeutung der

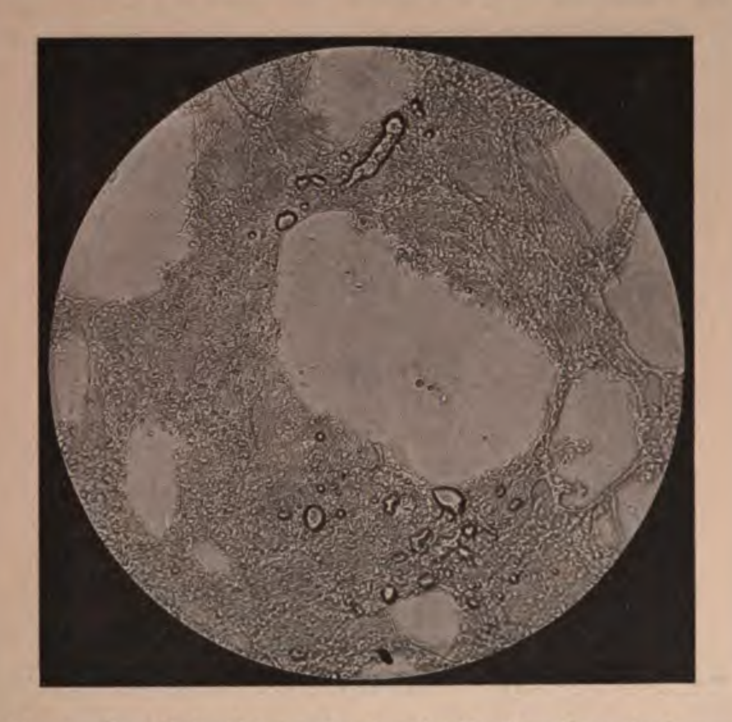


Fig. 4. Fettembolie kleinerer Strecken des Kapillargebietes der Lungen.

fettigen Emboli, weil sie niemals in solcher Massenhaftigkeit in die Lungen gelangen, dass dadurch die Sauerstoffaufnahme in gefährlicher Weise beschränkt werden könnte. Durch Fettembolie werden aber

recht grosse, schon arterielle Gefässe verstopft gefunden, namentlich bei gewaltsamem Tode, nach Unfällen, wie auch infolge verbrecherischer Einwirkungen, sofern das Fettgewebe irgendwelcher Körperstellen in grösserem Umfange zertrümmert wurde. Im allgemeinen nahm man früher an, dass dies der Fall vorzugsweise sei bei Knochenbrüchen, und dass die weiten Venen des Knochenmarkes die Aufnahme von Fett in den Kreislauf ermöglichten, das sodann der Lunge zugeführt wurde. Es haben aber weitere Untersuchungen ergeben, dass zwar hierdurch im allgemeinen bedeutendere Fettembolien entstehen, dass aber jede andere Zerreissung des Fettgewebes, beispielsweise bei Geisteskranken, welche sehr unruhig sind, bei Wöchnerinnen, durch die Verletzung ihres Beckenfettgewebes bei der Geburt, ganz besonders auch bei Eklamptischen, deren Krämpfe noch dieses Verhältnis komplizieren, ganz gewöhnlich zur Fettembolie führen kann, aller-



Fig. 5. Ausgedehnte Fettembolie der Lunge (schwache Vergr., Aufnahme von Dr. Kaiserling).

dings meistens nicht in so besonders grossem Umfange. Ich will ihnen aber auch hiervon einige Präparate zeigen (Projektion).

Die glänzende Masse in den Gefässen unterscheidet sich dadurch von den gewöhnlichen Fettbefunden, dass sie nicht in Form von

kleinen Tropfen oder grösseren Körnern erscheint, die kugelig, kreisförmig begrenzt sind, sondern in eigenartigen Formationon, die überall sich mehr in zylindrischer Form darstellen. Die Fettfiguren sind oft ypsilonförmig gegabelt oder noch weiter verzweigt und in feine Maschen aufgelöst. Sie kommen dadurch zu stande, dass sie sich innerhalb begrenzter Räume finden, in denen das Fett nicht die gewöhnliche Kugelgestalt annimmt, die es seinen physikalischen Verhältnissen nach annehmen müsste, wenn nicht zwingende Umstände es daran hindern.

Ein derartiges Bild ist bei der mikroskopischen Untersuchung in solchen Fällen unschwer zu gewinnen, und die Anwesenheit des Fettes in diesen durch den Verlauf der Gefässe bedingten Formen ist ein Beweis dafür, dass es auf embolischem Wege dahin gekommen ist, wo es die Gefässe verstopft. Kann infolge hiervon kein Blut zirkulieren und frisches Blut nicht in den an der Oberfläche der Alveoli befindlichen Kapillaren mit der Luft in Berührung gelangen, dann ist der Gaswechsel dauernd unterbrochen, und wenn das in genügendem Umfange stattfindet, so muss dadurch notwendigerweise der Tod herbeigeführt werden.

Nun, m. H., dies ist ein Teil der wichtigsten Vorkommnisse, welche den Eintritt des Todes erklären. Sie erklären ihn aber noch nicht ganz vom Standpunkte des Richters, der wissen will, wodurch diese Arten von Hirnlähmung, von Herzlähmung, von Lungenlähmung in dem einzelnen Falle eintraten. Da kann eben nur die genaueste Feststellung aller durch die Autopsie erhebbaren Befunde im Zusammenhang mit den anderweitig ermittelten Thatsachen zu einem sicheren Schluss leiten, und deshalb ist eben das Regulativ so abgefasst, dass, wenn danach gearbeitet wird, die verschiedenen Zusammenhänge aufgeklärt werden müssen. Ich müsste aber die ganze allgemeine Pathologie und die ganze spezielle pathologische Anatomie aufrollen, wenn ich allen Möglichkeiten hier gerecht werden wollte; nur einiges sei hier angeführt.

Vergiftungen also, zu den wichtigsten Ursachen gewaltsamen Todes gehörig, werden gar nicht selten gefunden bei Personen, die, ohne dass ein anamnestischer Anhalt vorliegt, plötzlich verstorben sind und zur gerichtlichen Feststellung gelangen. Hier wäre auch der verschiedenen chronischen Krankheiten zu gedenken, welche in ihrem Verlaufe eine Intoxikation oder, wie man auch sagt, eine Autointoxikation herbeiführen, welche durch die Giftwirkung Herzlähmung herbeiführt oder Lähmung der Nervenzentren.

Ich sehe von allen den verschiedenen Möglichkeiten ab, weil das weit über den Rahmen dieses Vortrages hinausgehen würde. Und dennoch kommen derartige Fragen gar nicht so selten zur Erörterung,

nicht bloss in Bezug auf die direkt vorliegende Todesursache, sondern auch in Bezug auf den Fall, dass zwei verschiedene Vorgänge den Tod herbeigeführt haben, dass also konkurrierende Todesursachen sich finden. Das zu entscheiden, ist beispielsweise bei tödlich Verletzten von Wichtigkeit. Ob eine Verletzung den Tod notwendigerweise herbeiführen musste, ob eine andere, die gleichzeitig erfolgt war, nicht diesen Effekt haben konnte, das besitzt unter Umständen sehr grosse forensische Wichtigkeit in Bezug auf die Person des Angeklagten, sobald mehrere Angeklagte vorhanden sind, und derjenige ermittelt werden muss, von welchem der tödliche Streich ausgegangen ist. Noch häufiger ist es, dass bei der blossen Vermutung eines verbrecherischen Anschlages es sich ergiebt, dass eine natürliche Todesursache nach längerer Krankheit zur Schädigung oder zur Zerstörung von Körperteilen geführt hat, von deren Integrität die erwähnten lebenswichtigen Funktionen abhängen.

Seltener — das mögen Sie mir zum Schluss noch gestatten, Ihnen auszuführen — sind die Fälle, in denen eine natürliche Ursache gesucht und eine gewaltsame gefunden wird. Sehr interessant ist ein solches Vorkommnis, das ich vor kurzem beobachtet habe. Der Fall besitzt nicht weniger forensisches, als ein klinisches Interesse, weil bei einer Person, die der Vermutung nach an akuter Manie gestorben war, die Obduktion eine gewaltsame Ursache ergab. Es handelte sich da um eine Frauensperson im Anfang der 30er Jahre, die plötzlich tobsüchtig geworden war. Sie irrte umher, wurde aufgegriffen, in die Anstalt gebracht und starb dann nach ungefähr 14 Tagen. Die klinische Diagnose lautete: akute Manie, und der Wunsch der Kliniker ging dahin, nur die Hirnhöhle seziert zu haben und natürlich das Gehirn zu weiterer Untersuchung selber zu erhalten, weil derartige Fälle ja an sich wenig beobachtet und selten sind. Nun lehrt aber die Erfahrung, dass akute Manieen, die insubstantiiert, lediglich auf einer nicht einmal mikroskopisch nachweisbaren Veränderung des Gehirns beruhen, wohl ausserordentlich selten sind. Es wurde daher nicht die Sektion auf die Kopfhöhle beschränkt, und da ergab sich schon bei der Untersuchung des Thorax, beim Herzen, dass etwas vorliegen müsse, was in das Gebiet der Intoxikation (im weitesten Sinne wenigstens) fiel: entweder eine Vergiftung oder eine Autointoxikation, jedenfalls also eine Erkrankung, die dazu geführt hatte, dass das Herz die bekannten Zeichen von trüber Schwellung der Muskulatur aufwies. Die Herzlähmung war nicht so deutlich an der Erweiterung der Höhlen kenntlich, als durch die Farbe und die geringe Transparenz des Muskels. Die weitere Untersuchung ergab dann keinen Milztumor, aber eine sehr schwere Nephritis parenchymatosa, und zwar bestand eine bedeutende Opazität bei Schwellung der Rinde. Es wurde bei der mikroskopischen Untersuchung, die sofort, noch

während der Sektion, angestellt wurde, sehr viel Fett in den Harnkanälchen gefunden. Erst gegen das Ende der Sektion (nach der Reihenfolge des Regulativs allerdings vor der Herausnahme der wenigstens in den meisten Fällen unwichtigeren Organe, des Pankreas und auch der grossen Gefässe), konnte erst bei der Herausnahme des Darmes derjenige Befund gemacht werden, der den Fall aufklärte. Der Magen hatte eine unbedeutende Trübung der leicht geröteten Schleimhaut aufgewiesen, mit der diagnostisch nicht viel anzufangen war. Im Dünndarm aber zeigten sich bereits, wie das bei Vergiftungen sehr häufig ist, die Reizungserscheinungen weit intensiver. Er war sehr gerötet, durchweg stark geschwollen, besonders auch in seinen oberen Teilen. Die Schwellung ging durch den ganzen Darmkanal hinunter, ebenso die Rötung. Hin und wieder wurden einige punktförmige Extravasate gefunden, aber erst im Dickdarm zeigten sich eigenartige Anordnungen von kleinen oberflächlichen Schleimhautdefekten. Auf der durchweg sehr stark geröteten Schleimhaut bestanden kleine Substanzverluste, die fast lineare Form hatten und als oberflächliche feine Spalten erschienen, die in ihrem Verlauf der Faltenhöhe folgten. Im Gegensatz zu der starken Rötung der Umgebung stand hier die stellenweis freiliegende, weisse Submucosa. Kurz, es war ein Bild zu sehen, das keinen Zweifel daran liess, dass in der Schleimhaut Geschwüre bestanden, welche in die Gruppe derjenigen gehörten, die wir als diphtherische bezeichnen, weil sie aus oberflächlichen Nekrosen der Schleimhaut entstehen. Von Diphtherie des Darmes war hier allerdings nichts mehr zu bemerken, die schmalen Geschwüre waren vollständig gereinigt, und die weitere Befragung der Klinik ergab dann auch, dass in der That der Beginn der Krankheit reichlich 14 Tage zurücklag, die Zeit also bei einer nicht rekrudeszierenden Affektion ausreichte zur Abstossung der toten Teile und zur Reinigung der Geschwüre. Es mussten also hier im Colon diphtherische Geschwüre entstanden sein, und das ist charakteristisch in Bezug auf die Affektion, welche hiernach allein in Betracht kommen konnte, nämlich eine Vergiftung durch Quecksilber, insonderheit durch Sublimat.

Die Anamnese ergab denn auch das psychische Moment für eine derartige Erklärung. Es handelte sich um eine Person, die, nicht einmal durch eigenes Verschulden, ihre Existenz gefährdet sah und deshalb höchst wahrscheinlich die durch die äusseren Verhältnisse gebotene Möglichkeit benützte, um Sublimatlösung zu nehmen. Es ist nichts Näheres darüber erhoben worden, denn sie hat das keinem gesagt. Der Befund ist aber sehr bezeichnend für Quecksilbervergiftung; die Dickdarmaffektion, die Affektion der Nieren insbesondere, und dann der bei anderen Vergiftungszuständen gleichfalls vorkommende Zustand in den oberen Partien der Darmschleimhaut, das Fehlen einer

Milzschwellung, alles spricht für den vermuteten Zusammenhang. Es hat sich hier also für ein gewiss sehr seltenes und klinisch sehr interessantes Vorkommnis eine genügende Erklärung gefunden, und zwar nur durch die Befolgung der Regulativbestimmung, dass jede Sektion vollständig gemacht, und nicht etwa auf Grund der Anamnese eine Auswahl der zu untersuchenden Teile getroffen werde. Dies wird von Virchow in den Erläuterungen zum Regulativ noch besonders hervorgehoben und unserem Altmeister haben wir es zu danken, wenn sich auch in verwickelten Fällen unsere Technik der Aufgabe, die Todesursache zu ermitteln, gewachsen erweist.

Sachverständigenthätigkeit und Technik des Gerichtsarztes.

Zweiter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin", gehalten am 14. Februar 1902

von

Prof. Dr. **Strassmann,**

Medizinalassessor, Direktor der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde und Gerichtsarzt für den Stadtbezirk Berlin.

Mit 4 Figuren im Text.

M. H.! Das Thema, über das ich Ihnen heute vorzutragen habe, ist insofern kein dankbares, als der Gegenstand mehr formalistischer Natur ist und des stofflichen Interesses entbehrt, das manchen anderen Kapiteln der gerichtlichen Medizin in so reichem Masse eigen ist. Eine spannende Darstellung desselben zu liefern, wird kaum möglich sein, vielleicht gewährt Ihnen zur Entschädigung die Besprechung einzelner Punkte einen gewissen praktischen Nutzen.

M. H.! Ich glaube dem Zwecke dieser Vorträge am besten zu entsprechen, wenn ich hier in den Vordergrund das stelle, was sich auf die Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes bezieht, und die Funktionen des eigentlichen Gerichtsarztes nur in Kürze streife.

Bekanntlich haben wir in den Bundesstaaten des Deutschen Reiches und ebenso in verschiedenen anderen Ländern besondere Medizinalbeamte, denen die gerichtsärztlichen Geschäfte übertragen sind. In Preussen ist nach der letzthin vorgenommenen Medizinalreform die Frage jetzt so geregelt, dass der ärztliche Träger der Medizinalverwaltung erster Instanz, der Kreisarzt, zugleich der Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes ist; „nur wo besondere Verhältnisse es erfordern, kann die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen werden".

Entsprechend dieser Bestimmung sind nun etwa 20 besondere Gerichtsarztstellen geschaffen, und zwar in den grössten Städten der Monarchie, in dichtbevölkerten Industriebezirken und in der Mehrzahl der Universitätsstädte. Es steht zu erwarten, dass diese Einrichtung noch weiter ausgedehnt wird; da die neue Prüfungsordnung den Be-

such einer Vorlesung über gerichtliche Medizin fordert, wird die Errichtung besonderer Professuren, mit denen die praktische gerichtsärztliche Thätigkeit naturgemäss verbunden sein muss, auch an den preussischen Universitäten, an denen sie bisher fehlte, erfolgen müssen.

Des ferneren werden voraussichtlich die Fortschritte der Wissenschaft es in Zukunft immer schwieriger machen, zwei schon jetzt so umfangreiche Fächer, wie die praktische Hygiene und Sanitätspolizei einerseits und die gerichtliche Medizin andererseits, gleichermassen zu beherrschen.

Diese Gerichtsärzte nun und die als solche thätigen Kreisärzte gelten als öffentlich bestellte gerichtliche Sachverständige für medizinische Fragen im Sinne des § 73 der St.P.O. und des § 369 der C.P.O. Beide Paragraphen bestimmen, dass die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl durch den Richter erfolgt, dass aber, wenn für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt sind, andere Personen nur dann gewählt werden sollen, wenn besondere Umstände es erfordern.

Damit ist also die hauptsächliche gerichtsärztliche Thätigkeit in die Hände der angestellten Gerichtsärzte gelegt. Das gilt zumal auch von dem Teil gerichtsärztlicher Thätigkeit, der vielleicht der bedeutungsvollste ist, von den gerichtlichen Obduktionen. Für sie wird durch den § 87 der St.P.O. noch ausdrücklich bestimmt, dass unter den zwei Aerzten, die die Leichenöffnung vorzunehmen haben, sich ein Gerichtsarzt befinden muss.

Ermöglicht aber ist, nach den angeführten Bestimmungen, „wenn besondere Umstände es erfordern“ auch eine gerichtsärztliche Thätigkeit nicht angestellter Aerzte.

Einen solchen besonderen Umstand kann das Gericht z. B. darin sehen, dass die zu entscheidenden medizinischen Fragen derartige sind, dass ihre sachgemässe Beantwortung eher von einer anerkannten Spezialautorität, als von dem ständigen Gerichtsarzt zu erwarten ist, oder darin — und das kommt hier für uns besonders in Betracht — dass der behandelnde Arzt den etwaigen Verletzten, den etwaigen Kranken zur Zeit der Verletzung, zur Zeit der Krankheit gesehen hat und daher eher in der Lage ist, ein Gutachten über ihn abzugeben, als der erst nachträglich zuzuziehende Gerichtsarzt. Aus diesem Grunde erfolgt begreiflicherweise häufig die Vernehmung des behandelnden Arztes als gerichtlicher Sachverständiger, entweder neben dem eigentlichen Gerichtsarzt oder — in einfachen Fällen — allein.

Die Art der Vernehmung kann eine sehr verschiedene sein; ich erwähne hier nur die gewöhnlichen Fälle. Im Strafprozess, der uns ja vorwiegend beschäftigt, wird der Sachverständige entweder nur zu der Hauptverhandlung vor dem Schöffengericht, der Strafkammer oder

dem Schwurgericht geladen, und dann ist seine Vernehmung stets eine mündliche und eidliche. Oder er wird schon früher im Vorverfahren um Abgabe eines Gutachtens ersucht; dann hängt es von dem betreffenden Richter ab, ob er eine schriftliche oder mündliche — in der Regel uneidliche — Begutachtung anordnet. Kommt es aber in einem solchen Falle zur Hauptverhandlung, wird nicht etwa das Verfahren vorher eingestellt, so muss der Sachverständige, wenn seine gutachtliche Aeusserung für die Sache erheblich war, nochmals geladen und gehört werden; auf das in den Akten befindliche Gutachten darf sich das Gericht bei dem jetzt herrschenden Prinzip des mündlichen Verfahrens nicht stützen.

Im Zivilprozess kann ebenfalls der Sachverständige direkt vor das erkennende Gericht oder einen beauftragten Richter desselben geladen werden, um alsbald sein Gutachten mündlich zu erstatten; dasselbe wird dann von dem leitenden Richter zu Protokoll diktiert, wobei der Sachverständige Gelegenheit hat, etwaige missverständliche Auffassungen zu berichtigen; er hat vorher — wenn nicht die Parteien übereinstimmend darauf verzichten — die Richtigkeit mit dem Sachverständigeneid zu bekräftigen. Auch im Vorverfahren des Strafprozesses findet eine solche schriftliche Fixierung des abgegebenen Gutachtens seitens des Richters in Gegenwart des Sachverständigen statt, der dasselbe dann zu unterschreiben hat. In der Hauptverhandlung im Strafprozess ist das nicht der Fall; hier protokolliert der Gerichtsschreiber, meist ganz summarisch, was der Sachverständige gesagt hat, ohne dass ihm Gelegenheit gegeben ist, das Protokoll zu kontrollieren und eventuell richtig zu stellen, es hängt das ebenfalls mit dem herrschenden Prinzip der Entscheidung auf Grund unmittelbarer mündlicher Verhandlung zusammen.

Ist im Zivilprozess ein schriftliches Gutachten erfordert worden, so wird der Sachverständige ebenfalls, wenn nicht die Parteien darauf verzichten oder wenn sie sich nicht vorher vergleichen, zur Beeidigung seines Gutachtens vor das Gericht geladen, wobei ihm auch Fragen zur Ergänzung desselben vorgelegt werden können.

Nur eine wichtige Ausnahme giebt es von dem Grundsatz der persönlichen Vernehmung des Sachverständigen in der entscheidenden Hauptverhandlung des Strafprozesses. Wie der § 255 bestimmt, dürfen ärztliche Atteste über Körperverletzungen, welche nicht zu den schweren gehören, verlesen werden. In Fällen einfacher Körperverletzung pflegt daher das Gericht ausschliesslich auf Grund dieser Atteste zu urteilen, ohne den ausstellenden Arzt nochmals als Sachverständigen zu hören.

Bei der Wichtigkeit, die diese Atteste danach besitzen, erscheint eine klare und erschöpfende Abfassung derselben unbedingt geboten. Im allgemeinen empfiehlt sich die Anordnung, die durch Ministerial-

verordnung den Medizinalbeamten vorgeschrieben ist; man giebt zunächst Grund, Zweck, Ort und Zeit der Untersuchung an; dann die eigenen Angaben des Untersuchten, darauf scharf von ihnen getrennt den objektiven Befund, dann die wissenschaftliche Diagnose und die sich aus ihr ergebenden, forensisch wichtigen Folgerungen, schliesslich die Versicherung der Richtigkeit des Attestes mit Datum und Unterschrift. Es empfiehlt sich, dass der Arzt den Wert, den er seinen Attesten beilegt, auch durch eine angemessene äussere Form derselben bekundet (kein Receptformular!).

Durch das Festhalten dieses Schemas, dieser klaren, übersichtlichen, der Nachprüfung zugänglichen Gestalt seiner Atteste bei Körperverletzungen und auch in allen anderen Fällen, in denen er solche auszustellen hat, wird der Arzt am sichersten etwaigen Anfeindungen wegen unrichtiger Attestausstellung, etwaigen Anschuldigungen aus § 278 des St.G.B. entgehen. Dieser Paragraph bedroht mit Gefängnis von 1 Monat bis zu 2 Jahren Aerzte oder andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen.

Vielfach pflegen praktische Aerzte die Ausstellung von Attesten für Verletzte abzulehnen; wiederholt sind z. B. solche Personen zu mir gekommen mit der Erklärung, der Arzt, an den sie sich gewandt hätten, schickte sie, damit sie sich ein Physikatsattest geben liessen; ein einfaches ärztliches Attest, wie er es ausstellen könnte, hätte keine Gültigkeit. M. H., ich halte dieses Vorgehen für verfehlt, wenn auch in einem verbreiteten kleinen Werke, der Wernich'schen Zusammenstellung der Medizinalgesetze (S. 37) Aehnliches empfohlen wird. Es ist wohl kaum angebracht, dass Aerzte selbst auf diese Weise das Ansehen ihrer Stellung dem Publikum gegenüber geringer darstellen, als es in Wirklichkeit ist. Denn thatsächlich haben die Atteste praktischer Aerzte in solchen Fällen volle Gültigkeit, und alltäglich finden hier draussen in Moabit Gerichtsverhandlungen statt, in denen ausschliesslich auf Grund dieser Atteste erkannt und geurteilt wird.

Für die Atteste ebenso wie für die etwa gerichtlich erforderten schriftlichen Gutachten ist, um dieselben dem Richter verständlich zu machen, die Weglassung überflüssiger Fremdworte oder mindestens die gleichzeitige Uebersetzung derselben erforderlich. Für die schriftlichen Gutachten empfiehlt sich im übrigen die übliche Form der klinischen Abhandlung, natürlich unter besonderer Berücksichtigung der speziell vorgelegten Fragen.

Wenn der behandelnde Arzt als Sachverständiger zum mündlichen Termin geladen wird, so wird er häufig zugleich als Zeuge geladen und auch als solcher vereidigt, weil er ja nicht nur ein Gut-

achten abzugeben, sondern auch Thatsachen zu bekunden hat. Zumeist wird es sich ja allerdings nur um solche thatsächlichen Wahrnehmungen handeln, die er eben in seiner Eigenschaft als Sachverständiger gemacht hat, und die deshalb auch schon der Sachverständigeneid deckt.

Mitunter wird der behandelnde Arzt aber auch nur als Zeuge, oder — wie man speziell sagt — als sachverständiger Zeuge geladen, entsprechend dem § 85 der St.P.O. und dem gleichlautenden § 379 der Zivilprozessordnung. Diese Paragraphen bestimmen: „Insoweit zum Beweise vergangener Thatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen zu vernehmen sind, kommen die Vorschriften über den Zeugenbeweis zur Anwendung.“

Beispielsweise, wenn die Zurechnungsfähigkeit eines Angeschuldigten von der Verteidigung angezweifelt, und zur Begründung unter anderem angeführt wird, dass ein Angehöriger an epileptischen Krämpfen gelitten hat, so kann der Arzt, der diesen behandelt hat, als sachverständiger Zeuge darüber vernommen werden, ob das zutrifft. Meines Erachtens kann er die Antwort auf die Frage, ob er seiner Zeit die Diagnose auf Epilepsie gestellt hat, nicht verweigern, denn das ist eine Frage thatsächlicher Natur; er kann auch aus dem gleichen Grund nicht ablehnen, eine Beschreibung der von ihm etwa beobachteten Anfälle zu geben. Wohl aber kann er verweigern, seine Diagnose gegenüber etwaigen Einwendungen zu begründen oder sich über die Schlüsse auszusprechen, die seine Beobachtungen bezüglich jenes Angehörigen für die Zurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten gestatten; denn das ist eine gutachtliche Thätigkeit, die er nur als Sachverständiger zu leisten hat.

M. H.! Die Kollegen pflegen eine solche Vorladung als Zeuge, bezw. sachverständiger Zeuge sehr unangenehm zu empfinden, weil ihnen ja die Zeugengebühr keine entsprechende Entschädigung für ihre Mühewaltung gewährt. Es ist gewiss berechtigt, wenn sie streng darauf halten, alles abzulehnen, was über den Rahmen der Thätigkeit eines sachverständigen Zeugen hinausgeht, und auf diese Weise den Richter zu veranlassen suchen, sie auch als Sachverständige zu hören. Hält sich aber der Richter an die Grenzen der thatsächlichen Bekundungen, so ist nichts dagegen zu machen, dass er ein solches Verlangen abweist, denn er steht dabei auf dem Boden des Gesetzes.

M. H.! Noch eine Zwischenbemerkung: Aus der Ladung ist häufig nicht zu ersehen, worum es sich eigentlich handelt. X ist von Y verletzt worden; der Arzt, welcher X behandelt hat, wird in der Strafsache gegen Y, dessen Name ihm völlig unbekannt geblieben ist, zur Verhandlung geladen. Es bestehen ja Verfügungen, wonach den Sachverständigen der Gegenstand ihrer Vernehmung mitgeteilt

werden soll, aber nicht immer wird danach gehandelt. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, um nicht unvorbereitet und ungenügend informiert zum Termin zu erscheinen, ein vorheriges schriftliches Ersuchen um Auskunft an die ladende Gerichtsbehörde.

Mag nun der Arzt als Zeuge oder als Sachverständiger oder in beiden Eigenschaften geladen sein, grundsätzlich ist er verpflichtet, dem Ruf zu folgen, wenn er sich nicht erheblichen Ordnungsstrafen aussetzen will. Er muss auch ein schriftliches Gutachten auf Erfordern erstatten und muss — wenigstens nach mehrfachen Gerichtsentscheidungen — eventuell als Obduzent thätig sein. Denn der § 75 der St.P.O. und der § 372 der C.P.O. bestimmen, dass der zum Sachverständigen Ernannte der Ernennung Folge zu leisten hat, wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist. Wer also einmal die Approbation erworben hat, der kann, da er diese, wie jetzt feststeht, nicht niederlegen kann, auch die Sachverständigenpflicht ebensowenig wie die Steuerpflicht zur Aerztekammer je wieder loswerden.

Allerdings kann ein Sachverständiger auf ein begründetes Ersuchen hin von der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entbunden werden. Ueberhäufung mit anderen Arbeiten, notwendige Urlaubsreise u. dgl. m. können als solche Gründe angeführt werden; aus ähnlichen Gründen kann auch die Verlegung eines Termins beantragt, die Verspätung in einem solchen entschuldigt, die vorzeitige Entfernung aus demselben, dem er sonst — bis er vom Vorsitzenden entlassen wird — dauernd beizuwohnen hat, nachgesucht werden. Ich bemerke, dass nach § 138 Abs. 2 St.G.B. das Vorbringen unwahrer Entschuldigungsgründe mit Gefängnis bis zu 2 Monaten bedroht ist.

Ausser der gerichtlichen Ladung giebt es im Strafprozess noch eine direkte Ladung durch den Angeklagten oder seinen Verteidiger. Der so, unmittelbar, geladene Zeuge ist zum Erscheinen verpflichtet, wenn ihm bei der Ladung die gesetzliche Entschädigung für Reisekosten und Versäumnis bar dargeboten, oder deren Hinterlegung bei dem Gerichtsschreiber nachgewiesen wird.

Ob auch ein Sachverständiger, wenn ihm auf diese Weise seine Gebühren sichergestellt sind, zum Erscheinen bei unmittelbarer Ladung durch den Angeklagten verpflichtet ist, darüber bestehen, soviel ich sehe, noch Zweifel. Jedenfalls wird es zweckmässig sein, wenn man am Erscheinen verhindert ist, sich bei dem Verteidiger oder bei dem Vorsitzenden des Gerichts zu entschuldigen. Liegen solche Hinderungsgründe nicht vor, so würde ich immer empfehlen, einer derartigen Ladung zu folgen. Die mitunter von Sachverständigen darüber geäusserten Bedenken, ob es denn auch angemessen ist, auf eine Ladung

der Verteidigung zu reagieren, ob man nicht als gewissermassen privater Sachverständiger des Angeklagten von vornherein dem Misstrauen des Gerichts begegnet und eine wenig würdige Stellung einnimmt, sind nicht berechtigt. Die Verteidigung macht, wenn sie den Sachverständigen ladet, nur von dem ihr durch das Gesetz gegebenen Recht Gebrauch; der direkt geladene Sachverständige ist kein privater Beauftragter einer Partei und muss vom Gericht genau ebenso gehört werden, wie die von der Anklage benannten Gutachter.

Wenn der Sachverständige, wie wir sahen, verpflichtet ist, auf Ladung vor Gericht zu erscheinen, so ist er deshalb noch nicht immer verpflichtet, dann auch vor Gericht auszusagen. Der § 62 der Strafprozessordnung bestimmt nämlich, „dass zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind: Aerzte in Ansehung derjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufs anvertraut ist“. Beschränkt ist diese Zeugnisverweigerung allerdings durch die weitere Bestimmung, dass das Zeugnis nicht verweigert werden darf, wenn der Arzt von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden ist; diese Entbindung kann begreiflicherweise nur durch den erfolgen, welcher die Mitteilung gemacht hat. Aehnliche Bestimmungen, wenn auch in weniger präziser Form, trifft für die Zivilprozessordnung der § 348.

Unsere Strafprozessordnung nimmt durch die genannte Einschränkung einen weniger radikalen Standpunkt ein, als beispielsweise die französischen Gerichte. Diese stehen auf dem Standpunkt, dass die Schweigepflicht des Arztes eine absolute ist und auch durch keine Genehmigung seines Patienten aufgehoben werden kann.

Es liegt dieser Auffassung vielleicht der richtige Gesichtspunkt zu Grunde, dass schon die Thatsache, dass ein Angeklagter seinen Arzt von der Schweigepflicht nicht entbindet, gewisse ihm ungünstige Folgerungen zulässt, und dass somit ein wirksamer Schutz der unbedingten Vertrauensstellung, die das Gesetz dem Arzt seinem Patienten gegenüber zu gewähren wünscht, nur zu erzielen ist, wenn dieser überhaupt nicht gefragt wird, ob er jenen von der Verschwiegenheitspflicht entbinden will oder nicht. Nehmen wir an, eine Frau wird beschuldigt, sich gewaltsam die Frucht abgetrieben zu haben; sie bestreitet überhaupt jeden Abort, ein Arzt, der sie angeblich an diesem behandelt haben soll, wird als Zeuge vernommen, die Angeschuldigte weigert sich, ihn von der Schweigepflicht zu entbinden; so wird gewiss diese Weigerung den Verdacht gegen sie verstärken; ihre Lage würde dadurch ungünstiger werden, als wenn sie gar nicht gefragt worden wäre, weil der Arzt überhaupt unter keinen Umständen Auskunft geben darf.

Indessen, m. H., hat doch dieser französische Standpunkt auch seine sehr bedenkliche Seite. Sobald der Arzt gar nichts sagen darf, so darf er natürlich auch nichts, was seinem Kranken günstig ist, mit-

teilen, und so wird z. B. mancher als zurechnungsfähig verurteilt werden, der freigesprochen worden wäre, wenn seine Vorgeschichte durch entsprechende Mitteilungen der behandelnden Aerzte klargelegt worden wäre. Wenn man, wie es in Frankreich geschieht, alles, was der Arzt erfahren hat, gewissermassen in die vierte Dimension verweist und — abgesehen von der Behandlung des Kranken — auf keine Weise nutzbar zu machen gestattet, so schädigt man sicher diejenigen, in deren Interesse jene Bestimmungen gegeben sind, die Patienten des Arztes, weit mehr, als man ihnen nützt. Es ist kürzlich in Frankreich ein Arzt wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses verurteilt worden, weil er erklärt hat, dass ein verstorbener Künstler, den er behandelt hatte, nicht, wie in den Zeitungen behauptet war, einem syphilitischen Leiden erlegen sei. M. H. Da ist doch wohl die Grenze überschritten, jenseits deren Vernunft Unsinn und Wohlthat Plage wird.

Also, wenn wir von der Verpflichtung der Geheimhaltung entbunden sind, müssen wir aussagen. Wie steht es nun, wenn wir nicht entbunden sind? Dass wir dann nicht auszusagen brauchen, bestimmt das Gesetz; die Frage ist nur, ob wir überhaupt nicht aussagen dürfen, oder ob wir es können, wenn wir wollen.

Die Antwort scheint einfach und durch das natürliche Gefühl gegeben: wenn der Patient sich weigert, ihn von der Schweigepflicht zu befreien, hat der Arzt kein Zeugnis abzulegen.

Indes so einfach liegt die Sache nicht immer; nicht stets ist eine solche ausdrückliche Weigerung vorhanden. Es ist ganz gewöhnlich, dass der Richter den als Zeugen bezw. Sachverständigen geladenen Arzt um Beantwortung seiner Fragen ersucht, ohne ihn auf das Recht der Zeugnisverweigerung aufmerksam zu machen — er ist dazu gesetzlich nicht verpflichtet — und ohne der zur Entbindung von der Geheimhaltung berufenen Person Gelegenheit zur Aeusserung zu geben. In solchem Falle halte ich es für geboten, dass der Arzt zunächst bittet, die betreffende Person zu befragen, ob sie damit einverstanden ist, dass er aussagt oder nicht, und je nachdem sein Zeugnis ablegt oder verweigert.

Nun giebt es aber noch eine Möglichkeit: die Person, welche diese Genehmigung zu erteilen hat, lebt nicht mehr. Also, um bei dem vorhin angeführten Beispiel zu bleiben: die Frau, die er an provoziertem Abort behandelt hat, ist dabei gestorben; es wird gegen die Abtreiberin verhandelt, und der Arzt soll bekunden, ob damals thatsächlich eine Fehlgeburt stattgefunden hat. Ich bemerke dabei, m. H., dass nach Entscheidung unseres höchsten Gerichts unter den Begriff „anvertraut“ im Sinne des obigen Paragraphen nicht nur das fällt, was dem Arzt direkt gesagt worden ist, sondern auch, was er bei Gelegenheit seiner Behandlung objektiv wahrgenommen hat.

Zur Entscheidung der Frage, ob in einem solchen Falle der Arzt auszusagen hat oder nicht, müssen wir ergänzend zu dem genannten Paragraphen der St.Pr.O. noch heranziehen den § 300 des St.G.B., der mit Geldstrafe bis 1500 M. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten Aerzte bestraft, welche unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Berufs anvertraut sind.

Der Begriff Privatgeheimnisse ist richterlicherseits dahin definiert worden, dass er alles in sich begreift, an dessen Geheimhaltung die konsultierende Person ein Interesse haben kann.

Das würde in dem gewählten Beispiel zutreffen. Die Frau, welche den Arzt zitierte, konnte offenbar ein Interesse daran haben, dass ihr guter Name auch über das Grab hinaus gewahrt blieb und nicht dadurch befleckt wurde, dass von ihr bekannt werde, sie habe eine kriminelle Fruchtabtreibung begangen. Der behandelnde Arzt würde also, wenn er entsprechende Mitteilung machte, ein Privatgeheimnis offenbaren, und es fragt sich nur, offenbart er es unbefugt? Das gehört ja zum Thatbestand des § 300 St.G.B.

M. H. Ich bin der Meinung, und, soviel ich sehe, teilt sie die Mehrzahl der Autoren, dass ein Arzt, der eine richterliche Frage beantwortet, nicht unbefugt handelt. Ich darf Ihnen aber nicht verschweigen, dass auch die gegenteilige Ansicht geäussert worden ist. Man hat gesagt, da der Arzt das Recht hat, sein Zeugnis zu verweigern, da er die Frage des Richters nicht beantworten muss, so ist sein Handeln, wenn er es doch thut, ein unbefugtes, und er setzt sich der Bestrafung aus § 300 St.G.B. aus. Ich bemerke, dass Strafverfolgung auf Grund dieses Paragraphen zwar nur auf Antrag eintritt, trotzdem ist sie aber noch nach dem Tode der anvertrauenden Person möglich, da der Mann, der Vater als Familienhaupt einen solchen Antrag stellen kann.

Am sichersten wird es unter diesen Umständen bei dieser verschiedenen Rechtsauffassung sein, wenn der Arzt, wo die ausdrückliche Genehmigung fehlt, sein Zeugnis verweigert. Damit kann er nie Unrecht thun.

Am sichersten handelt der Arzt auch, wenn er in einem Falle, wie dem, den wir als Beispiel gewählt haben, in einem Falle von tödlich verlaufenem kriminellen Abort eine Strafanzeige unterlässt; dass er eine solche nicht erstattet, wenn seine Patientin am Leben geblieben ist und durch seine Anzeige einer Strafverfolgung ausgesetzt würde, halte ich für selbstverständlich. Aber auch in ersterem Falle könnte ihm nach dem Gesagten der Vorwurf unbefugter Preisgebung von Geheimnissen gemacht werden. Unbefugt würde er handeln, da ihn keine gesetzliche Pflicht zur Anzeige zwingt; unser Gesetz kennt keine Denunziationspflicht. Nur bei gewissen schwersten Verbrechen

bestraft unser Gesetz denjenigen, welcher zu einer Zeit, in der die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntnis von ihm erhalten und eine Anzeige unterlassen hat; eine Anzeigepflicht für geschehene Unthaten existiert nur für den zuständigen Polizeibeamten. Es ist zwar in einigen Bundesstaaten, aber nicht in Preussen, dem Arzt die Pflicht auferlegt worden, in Fällen, wie der genannte, Strafanzeige zu erstatten; ich halte aber eine solche Bestimmung für rechtlich nicht haltbar. Sie widerspricht dem angeführten Paragraphen der Strafprozessordnung, der dem Arzt das Recht der Zeugnisverweigerung vor Gericht giebt, unmöglich kann das Landesgesetz dieses Reichsgesetz dadurch illusorisch machen, dass es den Arzt zu einer Anzeige bei der Polizei zwingt; nach unserer ganzen gegenwärtigen Auffassung hat doch das Gericht eine höhere Machtbefugnis zur Ermittelung der Wahrheit als die Polizei.

M. H. Es ist nicht meine Meinung, dass wegen der Gefahr der Bestrafung ein Arzt nun unter allen Umständen eine Anzeige unterlassen muss. Wenn er, um noch einmal bei unserem Beispiel zu bleiben, das Gefühl hat, einer höchst gemeingefährlichen Abtreiberin das Handwerk legen zu müssen, oder wenn er, um an einen vor mehreren Jahren hier vorgekommenen Fall anzuknüpfen, den Verüber einer Mordthat zur Bestrafung bringt, wegen deren vielleicht sonst ein Unschuldiger in Verdacht geraten könnte, so wird man vom sittlichen Standpunkt aus das nur billigen können. Unmöglich erscheint eine — übrigens sicherlich sehr milde ausfallende — Bestrafung in solchem Falle nicht; aber es giebt eben moralische Pflichten, die zu einer Verletzung dieser Gesetzesbestimmung mit zwingender Gewalt auffordern.

Ich kann bei unserer kurz bemessenen Zeit auf die weiteren, zum Teil sehr komplizierten Fragen, die mit dem § 300 zusammenhängen, hier nicht näher eingehen und muss mich auf die eben besprochenen Punkte beschränken, die mit unserem Thema, mit der Sachverständigenthätigkeit des Arztes, in näherer Beziehung stehen. Wir haben uns schon etwas lange mit der Eventualität aufgehalten, dass der Sachverständige kein Gutachten abgiebt, und kehren noch einmal kurz zu dem Fall zurück, dass er seine Hilfe dem Gericht nicht versagt und in positive Thätigkeit tritt.

Viel brauche ich Ihnen, m. H., über die Fassung des alsdann zu erstattenden mündlichen Gutachtens nicht zu sagen; schliesslich hat jeder einzelne Fall seine Eigenart, und mit allgemeinen Ratschlägen ist wenig zu nützen. Das Meiste ergiebt sich von selbst. Es ist klar, dass der medizinische Sachverständige beim mündlichen Gutachten, ebenso wie wir das beim schriftlichen und beim Attest schon besprochen haben, technische Fremdwörter vermeidet, dass er eine

Darstellung giebt, die auch von dem Nichtmediziner vollauf verstanden wird. Hierin liegt ja für uns eine gewisse Schwierigkeit; wir sind ja zumeist gewöhnt, medizinische Dinge nur vor Fachgenossen zu erörtern und die Elemente des medizinischen Wissens vorauszusetzen. Dadurch erscheinen wir dem Juristen häufig unverständlich, und umgekehrt verwirren uns seine Zwischenfragen, weil er nicht von der Grundlage ausgeht, die wir uns seit langem gewöhnt haben als fest gegeben zu betrachten. Nach einiger Erfahrung und Uebung findet man indes leicht den richtigen Ton und die erforderliche Sicherheit. Halten Sie immer fest, m. H., dass, wenn wir als Sachverständige vor Gericht mit einem gewissen Gefühl der Aengstlichkeit dem Juristen entgegentreten, er uns mit noch grösserer Besorgnis kommen sieht, denn er weiss, dass wir uns auf einem Felde treffen, wo wir ihm naturgemäss überlegen sind.

Es versteht sich ferner von selbst, dass der Gutachter sich klar darüber ist, dass er kein Richter ist und kein Rechtsurteil abzugeben hat, sondern dem Richter nur das Material für sein Urteil liefert. Er wird gut thun, sich einer sachlichen, objektiven Darstellungsweise zu befleissigen, sich möglichst kurz und präzis auszudrücken. Berufungen auf litterarische Quellen sind überflüssig, weil für das Gericht ohne Interesse. Man überlege sich vorher seinen Fall, um ihn — wie die Prozessordnung es wünscht — in zusammenhängender Schilderung darstellen zu können; rhetorische Leistungen werden nicht verlangt, aber es macht einen peinlichen Eindruck, wenn der medizinische Sachverständige, wie irgend ein mangelhaft gebildeter Zeuge, alles erst aus sich herausquetschen lässt.

Ebenso bedarf es keiner Ausführung, dass der medizinische Sachverständige sich der Grenzen seines Wissens bewusst bleiben muss und sich nicht durch etwaiges Drängen des Richters, dem natürlich an einem möglichst bestimmten Gutachten liegen muss, dazu bewegen lassen darf, weiter zu gehen, als unsere Wissenschaft es gestattet. Und wenn uns Fragen vorgelegt werden, über die wir nicht informiert sind — allwissend sind wir doch alle nicht — so werden wir ruhig erklären, dass wir darüber nicht unterrichtet sind, sollte deshalb auch einmal ein Termin vertagt werden müssen.

M. H. Das Gutachten ist abgegeben, und der Sachverständige entlassen; es folgt der letzte Akt: die Bezahlung der Gebühren. Ich möchte es mir heute versagen, Sie in die Feinheiten des Gebührengesetzes einzuführen, da die Geltungsdauer dieses Gesetzes voraussichtlich bald abgelaufen ist. Ein Gesetzentwurf, der dem Ministerium die Befugnis giebt, eine neue, jedenfalls bessere Gebührenordnung zu erlassen, hat dem Landtag bereits vorgelegen. Für die Zukunft geregelt ist bisher nur ein Punkt, das ist die Bezahlung für auswärtige

Termine; diese Neuregelung hat uns allerdings eine Verschlechterung gebracht, die besonders für den nicht beamteten Arzt empfindlich ist. Es hat nämlich für alle Beamten eine Herabsetzung der Kilometergelder, welche der Berechnung der Reisekosten nach auswärts zu Grunde liegen, stattgefunden, es hat weiter noch eine Herabsetzung der Reisekosten für alle auswärtigen Termine, welche mittelst Kleinbahn zu erledigen sind, dadurch stattgefunden, dass hier die sonst gewährten Entschädigungen für Zugang und Abgang wegfallen. Diese Herabsetzung gilt auch für die Medizinalbeamten, seitdem die Reform und damit die Erhöhung der Gehälter derselben eingetreten ist. Da nun nach älterer Bestimmung den nicht beamteten Aerzten dieselben Gebühren zu gewähren sind wie den Medizinalbeamten, so erhalten auch jene — aber ohne dass ihnen irgend eine anderweitige Entschädigung dafür zu teil geworden ist — nur die herabgesetzten Gebühren.

Diese Bestimmung ist meines Erachtens mit Recht von verschiedenen nicht beamteten Sachverständigen bitter befehdet worden; es dürfte eine geeignete Aufgabe für die Aerztekammern sein, beim Ministerium dahin vorstellig zu werden, dass in der zu erlassenden Gebührenordnung diese Härte beseitigt wird. Ich habe mich überhaupt schon gewundert, dass die Allgemeinheit der Aerzte die ungünstigen Bestimmungen der Gebührenordnung so stillschweigend ertragen und den Kampf für deren Besserung ausschliesslich den Medizinalbeamten überlassen hat, die insofern immer doch noch besser daran waren und sind, als sie sich ihr fortlaufendes Fixum mit als Entschädigung für die mangelhaften Gebühren berechnen können. —

M. H.! Was die zweite Hälfte unserer heutigen Besprechung, die Technik des Gerichtsarztes betrifft, so finden ja wesentliche Teile derselben an anderen Stellen des Cyklus ihre Würdigung. Die Technik der Leichenuntersuchung, der Untersuchung auf Gifte, auf Schwangerschaft und Wochenbett, der Untersuchung zweifelhafter Geisteszustände wird von anderer Seite Ihnen vorgetragen werden oder ist es schon. Mir bleiben im wesentlichen drei Punkte, die Untersuchung auf Blut, auf Sperma, auf Haare.

Die forensische Blutuntersuchung hat fast stets die Aufgabe, nachzuweisen, ob ein verdächtiger Fleck auf Kleidern, Instrumenten überhaupt von Blut herstammt und — bejahenden Falles — wenn möglich festzustellen, ob dieses Blut Menschenblut ist.

Für die erste Aufgabe dient uns der Nachweis des Blutfarbstoffes. Derselbe wird auf mikrochemischem Wege geführt durch die bekannte, 1853 von Teichmann angegebene Häminprobe: es wird ein Teil, ein abgelöstes oder ausgeschnittenes Stückchen der zu untersuchenden Spur auf den Objektträger mit einigen Tropfen Eisessig und einem

Körnchen Kochsalz langsam bis zum Verdampfen erhitzt, wobei sich dann Krystalle von salzsaurem Hämatin bilden. Dieselben erscheinen in Form grösserer, scharf abgegrenzter rhombischer Tafeln, kleinerer unvollkommen ausgebildeter derartiger Gestalten, hanfsamenartiger Kryställchen, die sich häufig in Kreuz- oder Sternform über- und untereinander legen. Sie besitzen im mikroskopischen Präparat eine gelbrote Farbe und zeigen bestimmte Eigenschaften gegenüber dem polarisierten Licht (Fig. 1).

Die Erfahrung hat nun gelehrt, dass die Häminprobe nicht so selten misslingt. Eine Reihe von Schädlichkeiten können, wenn sie auf die zu untersuchende Blutspur eingewirkt haben, das Zustandekommen der Probe verhindern. Daher ist die Häminprobe neuerdings mehr in den Hintergrund getreten gegenüber der weniger diffizilen und auch technisch leichter auszuführenden Methode des Blutfarbstoffnachweises auf spektroskopischem Wege, deren Einführung eines der vielen Verdienste Hoppe-Seyler's ist.

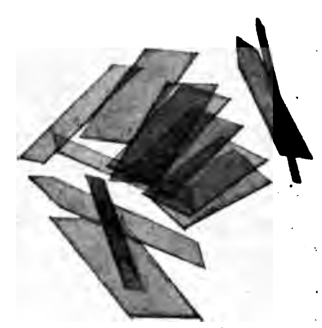


Fig. 1.

Bei frischen Blutflecken genügt zu dieser Untersuchung die Auflösung in Wasser. Die so erzielte hellrote Lösung wird vor den Spalt des Spektralapparates — es genügt ein kleines Browning-sches Taschenspektroskop — gebracht und zeigt dann die beiden Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins, zwei Streifen zwischen den Fraunhofer'schen Linien D und E, im Grün und an der Grenze von Gelb und Grün. Bei Zusatz reduzierender Mittel, wie Schwefelammonium, wandelt sich das Oxyhämoglobin um zu reduziertem Hämoglobin; die beiden Streifen verschmelzen zu einem in der Mitte gelegenen breiteren, schwächeren Schatten.

In älteren Blutflecken wandelt sich das Hämoglobin zunächst um zu Methämoglobin. Dieser Körper ist im Wasser löslich, giebt dabei eine trübe bräunliche Lösung, die im Spektrum neben den Streifen des Oxyhämoglobin noch einen Streifen in Rot zeigt; durch Zusatz von Schwefelammonium kann auch hier noch das Hämoglobinspektrum erhalten werden.

Im weiteren Verlauf entsteht aus dem Hämoglobin resp. Methämoglobin das Hämatin, ein in Wasser nicht mehr löslicher, nicht mehr zu Hämoglobin zurückbildbarer Körper. Es gelingt deshalb nicht, ältere Blutflecke mit Wasser zu extrahieren und spektroskopisch zu untersuchen. Man kann dieselben entweder mit Säuren behandeln: schwefelsaurem Alkohol, Eisessig, Salzsäure, Phenol, und erhält dann

eine braune Lösung, die das Spektrum des sauren Hämatin giebt: einen scharf begrenzten Streifen in Rot, dessen Lage sich nicht ganz mit der des Methämoglobin deckt. Oder man kann den Fleck mit Alkalien (Ammoniak etc.) behandeln und erhält das Spektrum des alkalischen Hämatin, oder endlich man behandelt den Fleck mit konzentrierter Cyankaliumlösung und erhält das Spektrum des Cyanhämatin: beide Spektra sind sich ähnlich, aber nicht identisch, sie zeigen einen schwachen Schatten, ähnlich dem des reduzierten Hämoglobin. Die entscheidende Diagnose auf Blut, die ebenso sicher ist, wie die Doppelreaktion des Oxyhämoglobin und des reduzierten Hämoglobin, wird dann gestellt, wenn nach Zusatz reduzierender Mittel zu der Lösung von alkalischem bezw. Cyanhämatin das Spektrum des Hämochromogen resp. Cyanhämochromogen entsteht; dieses ist dem Oxyhämoglobin ähnlich, nur mehr nach rechts verschoben, jenes zeigt einen scharfen Streifen im Grün, einen schwächeren nach rechts gelegenen und eine Verdunkelung des violetten Endes des Spektrums. Diese Hämochromogenreaktion lässt sich auch an dem sauren Hämatin, nachdem es vorher alkalisch gemacht worden ist, anstellen.

Unter Einwirkung einer Anzahl von Schädlichkeiten, von denen besonders starke Ueberhitzung zu nennen ist, verliert das Hämatin die Fähigkeit, sich durch die genannten Reagentien lösen zu lassen; in diesen Fällen versagte früher auch der spektrale Nachweis. Es war eine wesentliche Bereicherung unserer Technik, als vor etwa 10 Jahren Kratter für solche Fälle die Hämatoporphyrinprobe empfahl. Behandelt man ganz alte verkohlte, verwitterte, verfaulte Blutspuren mit konzentrierter Schwefelsäure, so zerfällt das Hämatin zu dem eisenfreien Hämatoporphyrin und einer anorganischen Eisenverbindung; die Schwefelsäure nimmt dabei eine violette, die Blutflecke selbst nehmen eine leuchtende rubinrote Färbung an. Bei Untersuchung dieser Bröckel zwischen zwei Objektträgern an dem Spektralapparat erhält man das Spektrum des sauren Hämatoporphyrin, d. h. einen schmalen Streifen vor D und einen breiteren dunkleren Schatten zwischen D und E.

Die Ausführung der Kratter'schen Probe kann gestört werden, wenn das Blut auf organischen Substanzen angetrocknet ist, die durch die Schwefelsäure verkohlt werden, so dass eine schwarze dicke, spektroskopisch nicht untersuchbare Lösung entsteht. Man kann alsdann durch eine Methode, die von Ziemke in unserem Institut ausgearbeitet worden ist, auf deren Einzelheiten ich nicht eingehen will, sich aus jener Flüssigkeit eine brauchbare Lösung von alkalischem Hämatoporphyrin herstellen und das 4-streifige Spektrum dieses Körpers nachweisen. Ueber die Lage dieser Streifen, sowie das Aus-

sehen der übrigen besprochenen Blutproben wird Sie diese Tafel (Fig. 2) aufklären.

Schwieriger als die Feststellung von Blut ist der Beweis, dass es sich um Menschenbut handelt. Wenn wir von den Untersuchungs-



Fig. 2.

methoden absehen, die als unbrauchbar wieder verlassen sind oder die erst noch einer näheren Prüfung bedürfen, ehe sie als eingeführt gelten können (Hämoglobinkrystalle), so haben wir zunächst die mikroskopische Untersuchung der roten Blutkörperchen. Bekanntlich unterscheidet sich Menschenblut, wie Säugetierblut überhaupt von dem Blut anderer Wirbeltierklassen dadurch, dass seine Blutkörperchen nicht ovale, kernhaltige Gebilde darstellen, sondern bikonkave, kernlose Scheiben; die Blutkörperchen des Menschen übertreffen wieder die der anderen Säugetiere durch ihre Grösse, obwohl die Differenz gegenüber einzelnen Säugetierarten, den Hunden z. B., nur eine geringe ist. Bei ganz frischen Blutflecken kann man daher versuchen, durch mikrometrische Messung eine Diagnose zu stellen; bei schon älteren angetrockneten Blutflecken, in denen die Blutkörperchen geschrumpft, zusammengebacken sind und erst durch Behandlung mit mehr oder weniger quellenden Substanzen wieder sichtbar gemacht werden müssen, halte ich eine Spezialdiagnose auf Grund mikroskopischer Messung zumeist für bedenklich. Wohl aber kann man bei Aufhellung der Blutschollen noch feststellen, dass dieselben aus dicht aneinander liegenden kernlosen Blutkörperchen bestehen, dass sie also von Menschen- oder Säugetierblut herrühren müssen, von ersterem herrühren können (Fig. 3a—d).

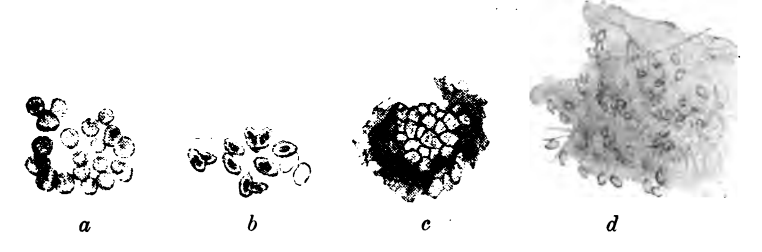


Fig. 3. *a* Menschenblut, *b* Vogelblut, *c* Menschenblut in altem Flecke, mit 30-proz. Kalilauge behandelt, *d* Vogelblut in altem Flecke, mit 5-proz. Essigsäure behandelt restierende Kerne.

In diese bisher bestehende Lücke tritt nun die schöne Entdeckung ein, zu welcher vor jetzt einem Jahre die Forschungen über die spezifischen Eigenschaften der verschiedenen Blutsera geführt haben und deren forensische Ausnutzung uns alsbald von einem der Entdecker, von Wassermann, freundlichst übertragen wurde. Das Prinzip derselben ist bekannt. Behandelt man ein Kaninchen mehrere Wochen hindurch mit Einspritzungen geringer Mengen von Menschenblutserum, so erlangt sein Blutserum die Eigenschaft, dass es, in geringen Mengen einer ganz schwachen Lösung von Menschenblut zugesetzt, in diesem

und nur in diesem, in keiner anderen Blutlösung eine Fällung hervorruft. Dasselbe gilt von Kaninchen, die mit Blutserum anderer Tierarten vorbehandelt worden sind; jedesmal entstehen in dem Blutserum des so behandelten Tieres Eiweisskörper, die nur auf das Blut der betreffenden Tierart eine präzipitierende Wirkung ausüben.

Bei uns und überall, wo die Serumdiagnose bisher nachgeprüft worden ist, hat sich ihre spezifische Natur vollauf bewährt; wir dürfen nunmehr darauf rechnen, dass uns in nicht ganz besonders ungünstigen Fällen in Zukunft die Bestimmung der Herkunft eines Blutfleckes möglich sein wird. Nötig wird es freilich sein, wenn die Methode in die gerichtsärztliche Praxis eingeführt werden soll, eine Stelle zu schaffen, in der ständig die erforderlichen Blutsera hergestellt und kontrolliert werden; mein Versuch, für unser Institut die Mittel zu erlangen, um die notwendigen Einrichtungen zu treffen und einen ständigen Betrieb zu unterhalten, hat bisher leider noch keinen Erfolg gehabt.

M. H. Die gerichtsärztlichen Untersuchungen auf Sperma zielen dahin, die charakteristischen Elemente des Sperma, die Spermatozoen, in den verdächtigen Flecken nachzuweisen. Dieselben werden zu diesem Zwecke mazeriert, die ausgedrückte Flüssigkeit entweder als solche unter dem Mikroskop untersucht oder in der bekannten Weise auf Deckgläsern angetrocknet und mit Kernfärbungsmitteln behandelt, um die Spermatozoen deutlicher zu machen. Neben dem Spermatozoennachweis, und ihn unterstützend, kann die von Florence angegebene Sperminprobe Verwertung finden. Ein Tropfen der betreffenden Masse oder der Mazerationsflüssigkeit wird auf einem Objektträger mit einem Tropfen Jod-Jodkaliumlösung vermischt; empfohlen wird von Florence speciell eiue Lösung von 1,05 Jodkalium und 2,54 Jod auf 30 g Wasser. Entstammt die untersuchte Flüssigkeit menschlichem Sperma, so bilden sich sofort zahlreiche Krystalle, die in ihrer Form an Häminkrystalle lebhaft erinnern.

Eine spezifische Reaktion auf menschliches Sperma stellt diese Probe, die sehr oft gelingt, wenn der Spermatozoennachweis nicht mehr möglich ist, leider nicht dar. Auch tierisches Sperma, Vaginal- und Uterinschleim, faulende Organe verschiedener Art geben die Reaktion. Es scheint, dass dieselbe überall eintritt, wo Lezithin sich in einer bestimmten Stufe des Zerfalls befindet, einer Stufe, die im Sperma physiologischerweise vorhanden ist, in anderen lezithinhaltigen Stoffen aber durch die Fäulnis herbeigeführt werden kann.

Umgekehrt bleibt die Reaktion auch bei sicheren Spermaflecken aus, so dass ihr negativer Ausfall weitere Untersuchungen nicht über-

flüssig macht; besonders scheint dies der Fall zu sein, wenn Sperma mit Blut vermischt ist. —

Haaruntersuchungen werden uns zumeist aus zwei Gründen aufgegeben. Entweder sind an den Kleidern, Werkzeugen eines der Tötung Verdächtigen Haare aufgefunden worden, deren Identität mit den Haaren des Getöteten festgestellt werden soll, oder umgekehrt an den Händen, Fingern des Opfers eines Verbrechens finden sich Haare, die vermutlich dem Thäter im Kampf ausgerissen sind, und deren Identität mit den Haaren eines Angeschuldigten geprüft werden soll.

Zunächst ist dann immer festzustellen, ob die betreffenden Haare wirklich Menschenhaare sind, ob es sich nicht etwa um Tierhaare handelt. Die Unterscheidung ist meist leicht. Wie Sie aus diesen Abbildungen (Fig. 4a—l) sehen, hat das Menschenhaar vor allem entweder gar keine oder eine nur schmale, vielfach unterbrochene Marksubstanz; in den Tierhaaren findet sich eine breitere, durchgehende

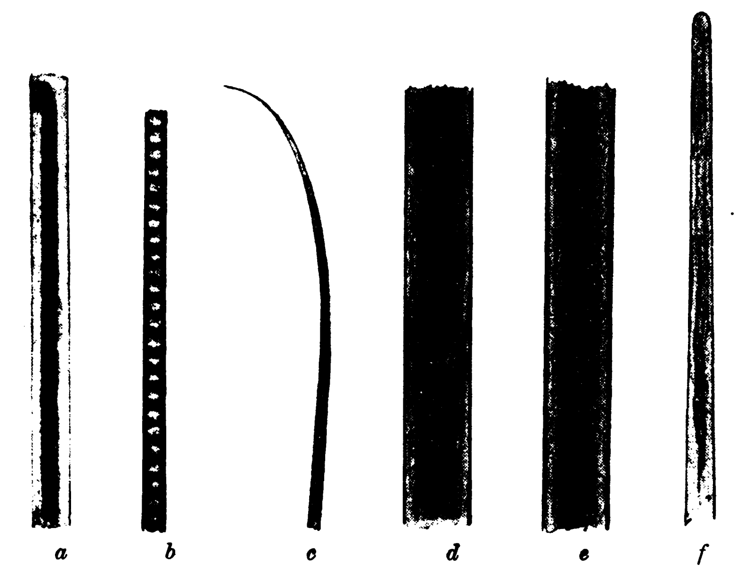


Fig. 4. *a* Hundehaar, *b* Kaninchenhaar, *c—l* Menschenhaar (*c* Wollhaar, *d* Barthaar, Schaft, *e* desgl., *f* Barthaar, Spitze,

Marksäule mit zelliger Struktur, die besonders bei einzelnen Tierarten ein recht charakteristisches Bild giebt. So konnte ich kürzlich an einem mir aus Südwestafrika übersandten Haar, welches in der Hand der Leiche eines anscheinend ermordeten Hottentottenmädchens gefunden worden war, und welches man für identisch hielt mit dem

Barthaar eines der That verdächtigen weissen Arbeiters, feststellen, dass diese Identität nicht bestand, dass das Haar überhaupt kein Menschenhaar, sondern ein Rinderhaar war. Das stimmte auch mit dem Auffindungsprotokoll, wonach die Leiche schon stark verfault, von Tieren angenagt aufgefunden worden war.

Liegt Menschenhaar vor, so ist weiter aus der Länge, der Dicke, dem Querschnitt des Haares, der Beschaffenheit seines Endes, der Beschaffenheit der Wurzel festzustellen, ob es sich um Haar von Neugeborenen, Kindern, Erwachsenen, um Kopfhaar, Barthaar, Schamhaar, um ausgerissene oder ausgefallene Haare handelt. End-



g männliches Schamhaar, Ende, *h* ausgerissenes Kopfhaar, Wurzel, *k* ausgefallenes Kopfhaar, desgl., *i* Spitze am (geschnittenen) männlichen, *l* Spitze am weiblichen Kopfhaar).

lich sind alle Eigenschaften des Haares im makroskopischen wie mikroskopischen Bilde: Form, Farbe, Dicke, Beschaffenheit der Marksubstanz heranzuziehen, wenn man sich über die Identität verschiedener Haararten aussprechen soll. Da die Haare vieler Menschen einander ähnlich sind, so darf man — selbst wenn alles zutrifft — sich na-

türlich nie bestimmt dahin aussprechen, dass die gefundenen Haare von dem Beschuldigten oder von dem Getöteten stammen, man darf immer nur sagen, dass sie in ihren Eigenschaften mit den Haaren dieser übereinstimmen, dass sie von ihnen stammen können. Wertvoll für den Richter ist auch ein solches Gutachten; zumal wenn etwa zwei Verdächtige in Betracht kommen; die Haare des einen stimmen mit den an der Leiche gefundenen überein, die anderen weichen von ihnen ab; dann ist ein solcher Befund natürlich ein wichtiges Glied mehr in der Kette der Beweise.

Gesundheitszustand in zivilrechtlicher und strafrechtlicher Beziehung.

Dritter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin",
gehalten am 15. Februar 1902

von

Prof. Dr. **Strassmann,**
Medizinalassessor, Direktor der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde und Gerichtsarzt für den Stadtbezirk Berlin.

M. H. Unter mannigfachen Verhältnissen tritt die Aufgabe an uns heran, uns über den Gesundheitszustand eines Menschen dem Zivil- oder Strafgericht gegenüber zu äussern. Bleiben wir zunächst bei letzterem, so ist wohl die häufigste Aufgabe des Arztes auf diesem Gebiete die Beurteilung der Haft- und Terminsfähigkeit, der Fähigkeit also eines Zeugen oder Angeklagten, im Termin zu erscheinen, eines Verurteilten, die ihm auferlegte Freiheitsstrafe zu verbüssen. Es ist bekanntlich etwas ganz Gewöhnliches, dass jemand, der zu einer Gerichtsverhandlung oder zur Verbüssung einer Strafe geladen ist, seinen Arzt um ein Attest darüber bittet, dass er hierzu seines Gesundheitszustandes wegen unfähig ist.

Grundsätzlich, m. H. möchte ich — analog dem, was ich Ihnen gelegentlich der Besprechung der Atteste über Körperverletzuug gesagt habe — meine Ansicht dahin äussern, dass ein Arzt keinen Grund hat, die Ausstellung solcher Atteste überhaupt zu verweigern. Ist er thatsächlich von der Termins- oder Haftunfähigkeit seines Kranken überzeugt, so mag er ruhig ein entsprechendes Attest ausstellen; er braucht nicht zu befürchten, dass er damit nur für den Papierkorb arbeitet; recht oft begnügen sich die strafrichterlichen Behörden mit einer solchen Aeusserung des behandelnden Arztes, und selbst wenn sie, weil ihnen der Fall bedenklich erscheint, eine Untersuchung durch den Gerichtsarzt anordnen, kann diesem das vorliegende Attest eine wertvolle Grundlage für seine Beurteilung gewähren.

Ist der behandelnde Arzt nicht in der Lage, die gewünschte Bescheinigung abzugeben, dann mag es politisch sein, den Nachsuchenden, statt ihn einfach abzuweisen, lieber an den zuständigen

Medizinalbeamten zu verweisen mit der Begründung, dass dieser doch das entscheidende Gutachten zu erstatten hätte. Der Medizinalbeamte ist ja in solchen Fällen in einer angenehmeren Lage, als der praktische Arzt; nach seiner Dienstanweisung hat er das Attest über Haftfähigkeit bez. Haftunfähigkeit nicht dem Antragsteller zu übergeben, sondern direkt an die entsprechende Behörde, zumeist an die Staatsanwaltschaft, einzusenden; er entgeht also der unangenehmen Situation, das für den Patienten event. wenig befriedigend ausgefallene Schriftstück diesem selbst in die Hand zu drücken und damit neue Bitten und Klagen desselben zu entfesseln.

M. H. Wenn ich also im allgemeinen von der Abgabe derartiger Bescheinigungen nicht abmahne, so muss ich doch empfehlen, für dieselben nicht nur die strengere Form zu wählen, die ich überhaupt für Atteste empfohlen habe, sondern auch materiell eine gewisse Strenge walten zu lassen, damit möglichst selten das Attest des behandelnden Arztes durch das nachträgliche Gutachten des Gerichtsarztes desavouiert wird. Gewiss werden hier immer Differenzen vorkommen und brauchen nicht so tragisch genommen zu werden; zunächst kann auch der Irrtum auf Seiten des Gerichtsarztes sein; es kommt doch vor, dass dieser Personen für haftfähig erklärt, die — wie die nachträgliche Erfahrung im Gefängnis zeigt — es sicher nicht sind, die vielmehr bald wieder entlassen werden müssen. Dann ist natürlich der Standpunkt beider Gutachter nicht der gleiche; es ist naturgemäss, dass für den behandelnden Arzt das Wohl seines Patienten in erster Reihe steht, während bei dem Gerichtsarzt die Idee vorherrscht, zur Unterstützung der Gerechtigkeitspflege berufen zu sein. Aber ebenso wie ich den Gerichtsarzt stets mahnen würde, auch in dieser Stellung nicht zu vergessen, dass er Angehöriger eines humanen Berufes ist, so glaube ich, ist auch eine Mahnung an den praktischen Arzt gerechtfertigt. Gewiss ist ihm die Fürsorge für Leben und Gesundheit des Kranken zur ersten Aufgabe gemacht, aber das Leben und noch mehr die Gesundheit ist bekanntlich der Güter höchstes nicht; es giebt auch andere Rechtsgüter, die geschützt werden müssen, und unbillig wäre es, wenn wegen jeder auch nur geringfügigen Gesundheitsgefahr die Gerechtigkeit Halt machen müsste. Daher hat unser Gesetz die Befreiung von der Strafhaft wegen Gefahr der Gesundheitsschädigung nur unter bestimmten Bedingungen zugelassen: es wird sich empfehlen, dass die behandelnden Aerzte ihre Atteste nur unter Berücksichtigung dieser gesetzlichen Bestimmungen ausstellen. Dann werden die erwähnten Differenzen zum grossen Teil verschwinden, Differenzen, die wenn sie zu häufig und zu krass auftreten, geeignet sind, die Wertschätzung des ärztlichen Zeugnisses und damit unseres Berufes im ganzen herabzusetzen.

Die genannten gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Strafhaft enthält der § 487 St.P.O. Derselbe lautet: „Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

Dasselbe gilt bei anderen Krankheiten, wenn von der Vollstreckung eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten zu besorgen steht.

Die Strafvollstreckung kann auch dann aufgehoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustande befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist."

Die Feststellung der Geisteskrankheit eines Verurteilten entsprechend dem Abs. 1 dieses Paragraphen geschieht ganz ebenso, wie sie bei Beantwortung der Frage von der Zurechnungsfähigkeit zu geschehen hat; ich kann Sie daher auf den entsprechenden Vortrag verweisen.

Zur Entscheidung, ob der Absatz 3 zutrifft, würde eine genaue Kenntnis der Einrichtungen der Strafanstalt erforderlich sein, die natürlich nicht verlangt werden kann. Es wird genügen, wenn der Arzt den Zustand des Verurteilten schildert, nachweist, dass Schwangerschaft vorgeschrittenen Grades, dass Diabetes, der eine besondere Diät erfordert, dass eine Mastdarmstriktur, die einer regelmässigen Sondierung bedarf, oder dergl. vorliegt, Zustände, die wohl mit den Einrichtungen der Strafanstalt nicht vereinbar seien. Der Staatsanwaltschaft bleibt es dann unbenommen, bei der Gefängnisdirektion anzufragen, ob ein solcher Kranker dort aufnahmefähig ist, und sich demnach über die Haftfähigkeit zu entscheiden.

Am häufigsten ist die Frage aus Absatz 2, die uns vorgelegt wird, und von deren Beantwortung die Vollstreckung der Strafe abhängig gemacht wird. Bei der engbegrenzten Fassung dieser Bestimmung ist es begreiflich, dass in den meisten Fällen die Frage verneint werden muss. Unzweifelhaft muss sie das, wenn gar keine ernste Krankheit vorliegt, wie das häufig genug der Fall ist. Sehr oft sind es die nichtigsten Gründe, mit denen in dreister Weise ein solches Gesuch um Strafaufschub motiviert wird, häufig handelt es sich auch um einfache nervöse hypochondrische Verstimmung, die sich im Anschluss an die Verurteilung, in der bangen Erwartung der Strafe entwickelt hat, wo dann die Antragsteller wohl selbst bona fide die Bedeutung ihres krankhaften Zustandes überschätzen.

Ganz gewöhnlich pflegen die Verurteilten dem Arzt zur Unterstützung ihres Gesuches vorzutragen, dass ihre Verurteilung eine unberechtigte war, auf Grund des Meineids eines Zeugen erfolgt ist, den sie deswegen denunziert haben, dass in kurzer Zeit die Wiederaufnahme des Verfahrens zu erwarten ist, und dass sie nur bis dahin

einen Strafaufschub brauchen. Dass solche Dinge, selbst wenn sie thatsächlich wahr wären, was wohl meist nicht der Fall, die Erwägungen des medizinischen Sachverständigen nicht beeinflussen können, ist selbstverständlich.

Aber auch bei ernsteren Krankheitszuständen wird es häufig nicht möglich sein, eine von der Inhaftierung zu erwartende „nahe Lebensgefahr“ zu bescheinigen. Die Härte, die hierin liegt, wird gemildert durch die Erwägung, dass in jeder Strafanstalt für eine ärztliche Aufsicht gesorgt ist, die dem wirklich Kranken die möglichen Erleichterungen verschaffen und geeigneten Falles eine Unterbrechung der Strafhaft, eine Wiederentlassung beantragen kann und wird.

Trifft keine der Bedingungen des § 487 zu, so kann nach § 488 doch dem Verurteilten ein vorübergehender Strafaufschub bis zur Dauer von 4 Monaten gewährt werden, „sofern durch die sofortige Vollstreckung dem Verurteilten oder der Familie erhebliche, ausserhalb des Strafzwecks liegende Nachteile erwachsen“.

Diese Nachteile können — und damit gewinnt der Paragraph für den Arzt Bedeutung — auch dadurch gegeben sein, dass der Verurteilte zur Zeit gerade in einem Zustande sich befindet, der eine erheblichere Schädigung seiner Gesundheit durch die Strafhaft erwarten lässt, als unter normalen Verhältnissen. Wenn eine verurteilte Person sich im Stadium der Rekonvalescenz nach einer akuten Krankheit, einer Operation, einer Entbindung befindet, so wird sie den Eingriff in ihr Wohlbefinden, der durch die Strafhaft naturgemäss gegeben ist, schwerer ertragen und ungünstiger dadurch beeinflusst werden, als sonst. Indem wir unter Hinweis hierauf einen Aufschub der Strafvollstreckung beantragen, können wir unseren Patienten wesentlichen Nutzen verschaffen und werden das um so lieber thun, als ein solcher zeitweiser Aufschub keine anderweitigen Interessen verletzt.

Bezüglich der Terminsfähigkeit eines Angeklagten oder Zeugen giebt die Strafprozessordnung — abgesehen von der Frage der Geisteskrankheit — spezielle Bestimmungen nicht. Aber auch hier sollte man ein Dispensationsgesuch durch ein ärztliches Gutachten nur unterstützen, wenn es sich in der That um ernste Krankheitszustände handelt. Auch das Verlangen nach einem Attest über Terminsunfähigkeit wird oft genug gestellt, ohne dass solche Zustände vorliegen, von Angeklagten, die die Verhandlung ihrer Sache zu verschleppen wünschen, von Zeugen, die nicht gern vor Gericht erscheinen wollen, sei es auf Grund einer allgemeinen Scheu vor dem Tribunal, sei es, weil die Zeugenthätigkeit in dieser speziellen Sache für sie peinlicher Natur ist. Wir müssen berücksichtigen, dass unsere Strafprozessordnung die Verhandlung gegen Abwesende nur bei ganz leichten Vergehen zulässt; ein Urteil, dass der Angeklagte im Termin nicht erscheinen kann, hemmt daher den Gang der Rechtspflege völlig.

Ebenso ist oft ein Zeuge für die Erledigung einer Sache unentbehrlich. Das Ausbleiben desselben auf Grund ärztlicher Anordnung kann die Vertagung der Verhandlung und möglicherweise die Fortdauer der Untersuchungshaft für einen Unschuldigen bedeuten. Auf die von dispensationslüsternen Zeugen dem Arzt gegenüber gern vorgebrachte Behauptung, dass sie von der ganzen Sache nichts wüssten, und ihr Zeugnis ganz unerheblich wäre, ist erfahrungsgemäss gar nichts zu geben.

M. H. Auch bei der Beurteilung der Terminsfähigkeit möchte ich Sie warnen, auf neurasthenische Beschwerden und Erscheinungen bei dem Angeschuldigten ein zu grosses Gewicht zu legen. Eine gewisse nervöse Depression ist unter den Verhältnissen, die hier in Betracht kommen, ganz natürlich und fast regelmässig; sie wird aber durch einen Aufschub der Verhandlung nicht beseitigt, sondern kann sich erst bessern, wenn der Strafprozess erledigt ist; die gewünschte Vertagung entspricht deshalb den eigenen Interessen des Kranken zumeist nicht.

Waren es von der Strafprozessordnung im wesentlichen die Bestimmungen über Haft- und Terminsfähigkeit, die zu ärztlichen Begutachtungen des Gesundheitszustandes Anlass gaben, so sind es im Strafgesetzbuch fast ausschliesslich die Bestimmungen über Körperverletzungen, die hier für uns in Betracht kommen, also die §§ 223, 223a, 224.

§ 223. „Wer vorsätzlich einen anderen körperlich misshandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 1000 M. bestraft.

Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Gefängnis nicht unter einen Monat zu erkennen."

§ 223a. „Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges, oder mittels eines hinterlistigen Ueberfalls, oder von mehreren gemeinschaftlich, oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Monaten ein."

§ 224. „Hat die Körperverletzung zur Folge, dass der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen."

Ich erwähne noch den § 225: „War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von 2 bis 10 Jahren zu erkennen" und den die mildernden Umstände behandelnden

§ 228 St.G.B. Der Begriff der schweren Körperverletzung kehrt auch in den §§ 221 (Aussetzung), 239 (Freiheitsberaubung), 251 (Misshandlung bei einem Raube) wieder. Diese Paragraphen bestimmen härtere Strafen für die genannten Verbrechen, wenn dieselben eine schwere Körperverletzung zur Folge gehabt haben.

M. H. Die einzelnen Bedingungen, welche den Begriff der gefährlichen (§ 223a) und der schweren Körperverletzung (§ 224) nach dem Wortlaut dieses Gesetzes ausmachen, sind im allgemeinen leicht zu beurteilen. Ich erwähne hier nur folgendes:

Der Verlust eines wichtigen Gliedes des Körpers erfordert nach R.G.E. den wirklichen, physischen Verlust desselben, nicht etwa bloss seine Funktionsunfähigkeit. Glieder sind nur Teile des Körpers mit einer gewissen abgeschlossenen Existenz, also Arme, Beine, Finger, Zehen, aber nicht einzelne Finger- und Zehenglieder. Da der § 224 wichtige Glieder erfordert, nimmt er auch die Existenz unwichtiger an, die einzelnen Zehen und Finger vielleicht mit Ausnahme des Daumens werden als solche zu betrachten sein, zumal die Wichtigkeit der Glieder nur nach ihrer allgemeinen Bedeutung, nicht etwa nach ihrem Wert für das Individuum zu beurteilen ist.

Der Verlust des Sehvermögens ist gegeben, wenn keine Gegenstände mehr erkannt werden können. Lichtschein und somit Pupillenreaktion kann deshalb noch vorhanden sein.

Eine dauernde Entstellung ist nicht nur anzunehmen, wenn die Entstellung sicher unheilbar ist, sondern auch schon, wenn eine Heilung in absehbarer Zeit nicht in Aussicht zu stellen ist. Um erheblich zu sein, muss die Entstellung eine die äussere Gesamterscheinung des Menschen verändernde sein. Die Möglichkeit der Verdeckung des Defekts beseitigt das Vorhandensein einer erheblichen dauernden Entstellung nicht. Entscheidend ist nur, ob der betreffende Körperteil nach den natürlichen und sozialen Verhältnissen des Verletzten Dritten gegenüber derart verdeckt zu werden pflegt, dass der Mangel im allgemeinen nicht nach aussen erkennbar wird.

Siechtum ist definiert worden als ein schwerer chronischer Krankheitszustand, dessen Heilung gar nicht oder nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist, welcher ferner den gesamten Organismus des Verletzten ergreift und eine erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zur Folge hat.

Verfall in Lähmung hat die wissenschaftliche Deputation definiert als die Unfähigkeit, einen bestimmten Bewegungsapparat des Körpers zu denjenigen Bewegungen zu gebrauchen, für welche er von Natur eingerichtet ist. Danach würde also die Lähmung eines jeden Gliedes unter den Begriff „Verfall in Lähmung“ gehören. Das Reichsgericht ist dieser Definition nicht beigetreten, hat vielmehr erklärt, dass als Verfall in Lähmung nicht die Beschränkung oder völlige Aufhebung

der Gebrauchsfähigkeit irgend eines einzelnen Gliedes, sondern nur eine derartige Affektion zu verstehen ist, welche den Organismus in umfassender Weise ergreift und mit ausgedehnter Wirkung Organe des Körpers ihrer naturgemässen Thätigkeit beraubt; unter Umständen kann wohl auch die Lähmung einzelner Gliedmassen den Begriff erfüllen, doch müssen immer wichtige, für die Bewegungsfähigkeit des ganzen Körpers wesentliche Teile ausser Funktion gesetzt sein.

Ueber den Verfall in Geisteskrankheit werden Sie an anderer Stelle Genaueres hören; ich möchte hier nur vor verfrühter Beurteilung warnen; gerade über die Psychosen nach Trauma kann man sich oft erst nach längerer Beobachtung aussprechen. Und das Gleiche gilt auch für die Beantwortung der Frage, ob Verfall in Siechtum bezw. Lähmung vorliegt oder nicht. Das ist nach kurzer Beobachtungszeit häufig noch nicht zu entscheiden; der Sachverständige darf sich da nicht drängen lassen und sich nicht scheuen, die Verhandlung immer wieder herausschieben zu lassen, bis er ein sicheres Gutachten abgeben kann. Anderenfalls werden ihm Missgriffe nicht erspart bleiben.

(Hier folgte die Mitteilung eines Falles von Stichverletzung des Rückenmarks mit anfänglicher halbseitiger Lähmung, in dem der betreffende Sachverständige 7 Wochen nach der Verletzung dauerndes Siechtum für vorhanden erklärte, worauf der Angeklagte zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Nachdem er 1 Jahr bereits verbüsst hatte, beantragte er Wiederaufnahme des Verfahrens, da nach seiner sich später als richtig herausstellenden Kenntnis der Verletzte schon seit $^1/_2$ Jahr vollkommen wiederhergestellt und arbeitsfähig sei.

Mit Rücksicht auf vorliegende ähnliche Erfahrungen hätte jenes Gutachten so bald nach der Verletzung noch nicht mit dieser Bestimmtheit abgegeben werden dürfen.)

Ebensowenig wird man sich scheuen, in den Fällen, in denen Verlust des Sehvermögens, des Hörvermögens in Frage steht, die Zuziehung einer Autorität auf dem Gebiete der Augen-, der Ohrenkrankheiten zu beantragen, da die Beurteilung dieser Verhältnisse, besonders die Erkennung der Simulation ganz besondere Schwierigkeiten bietet. Ich will hier nur darauf hinweisen, dass negativer Befund am Augenhintergrund bezw. am Trommelfell noch nicht die Simulation der Blindheit resp. des Verlustes der Gehörfähigkeit beweist, deren Ursache ja Verletzungen des Opticus hinter der Netzhaut oder des inneren Ohres sein können.

Von den Einzelumständen des § 223a sind die meisten thatsächlicher Natur und werden vom Richter ohne Befragen des Sachverständigen entschieden. Gehört wird derselbe dagegen gewöhnlich über die Frage, ob die Verletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen worden ist.

Zur Erfüllung dieses Thatbestandes ist nur erforderlich, dass die vorsätzlich zugefügten Verletzungen objektiv das Leben gefährdeten, nicht aber, dass schlimme Folgen sichtlich eingetreten sind, oder dass der Thäter sich der Gefährdung bewusst war. So wurde eine gefährdende Handlung darin erkannt, dass einer dem anderen einen Finger abgebissen hatte, meines Erachtens mit Recht, da gerade nach solchen Bisswunden tödliche Sepsis oft beobachtet worden ist, oder dass einer den anderen auf einen mit Ziegelsteinen belegten Boden hingeworfen hatte.

M. H.! Die Strafgesetzbuchsparagraphen über absichtliche Körperverletzung haben neuerdings für den Arzt eine besondere Bedeutung erlangt. Nach der geltenden, von unserem obersten Gerichtshof acceptierten Theorie fällt nämlich unser ganzes medizinisches Handeln, sofern es aktiver Natur ist, speciell jedes operative Handeln, unter diese Paragraphen. Wir begehen danach berufsmässig dauernd Körperverletzungen an unseren Kranken, die nur durch deren Einwilligung nach dem Grundsatz „Volenti non fit injuria“ straflos werden.

M. H.! Die beiden Fälle, in denen diese Theorie zuerst zu unserem Erstaunen entwickelt wurde, sind Ihnen wohl bekannt [Hamburger Fall [1]), Dresdener Fall [2])].

Es ist eine Frage für sich, ob in diesen Fällen ärztlicherseits korrekt gehandelt worden ist, eine Frage, die meines Erachtens teilweise verneint werden muss. Es ist ein allgemein anerkannter Satz, dass man Operationen, abgesehen von dringenden Fällen, nur vornehmen soll mit Genehmigung des Kranken oder seines Vertreters, und wir würden nichts dagegen einwenden können, wenn in unser Gesetz eine — bis jetzt fehlende — Bestimmung aufgenommen würde, welche die unbefugte Ausführung von Operationen mit Strafe bedroht.

Diese vielleicht bestehende Lücke im Gesetz kann aber nicht dadurch ausgefüllt werden, dass man die ärztlichen Eingriffe allgemein unter den Begriff der strafbaren Körperverletzung bringt und bei fehlender Einwilligung der operierten Person als solche bestraft. Die ärztliche Behandlung ist keine Misshandlung; zum Begriff der Misshandlung gehört, dass die Behandlung für den Körper unangemessen ist, während hier ihm doch gerade die angemessene Behandlung zu teil wird; eine Behandlung, die die Gesundheit nicht beschädigen sondern ihr nützen, sie wiederherstellen soll. Das ist unsere Auffassung, die alsbald nach jenem Reichsgerichtserkenntnis von Justus Thiersch meines Erachtens vortrefflich dargelegt worden ist, und der sich auch hervorragende Kriminalisten, wie der Wiener Strafrechtslehrer Carl Stooss, angeschlossen haben. Wenn gegenüber

---

1) Vgl. Carl Stooss, Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung, Berlin 1898, S. 108—126.

2) Vgl. Heimberger, Strafrecht und Medizin, München 1899, S. 2—5.

dessen Ausführungen ein anderer Autor, Richard Schmidt, Professor des Strafrechts in Freiburg, hat darthun wollen, dass die herrschende Auffassung gar keine Herabsetzung des ärztlichen Handelns bedeutet, dass die Aerzte vielmehr nur einem anderen ehrenwerten Stande, dem der Lehrer, gleichgestellt werden, die auch, in Ausübung ihres Strafrechts ihren Schülern gegenüber, straflos sonst strafbare Körperverletzungen begehen, so glaube ich, können wir uns bei aller Hochschätzung der Pädagogik damit nicht zufrieden geben. Diese Strafen wollen in der That dem Körper ein Uebel zufügen, allerdings zu gutem Zwecke; sie suchen unter anderem gerade durch Erregung der Schmerzempfindung zu wirken, die wir so viel als möglich auszuschalten streben. Man hat gesagt, wie ist das möglich? Die Abnahme eines Beines soll keine Körperverletzung sein? Gewiss! Die Abnahme eines gesunden Beines ist es, sie schädigt den Körper sogar schwer; die Abnahme eines brandigen Gliedes aber ist für ihn doch nur ein Nutzen, eine Rettung, keine Schädigung.

Wir dürfen vielleicht hoffen, dass sich die juristische Doktrin diesen Anschauungen mehr und mehr anschliessen wird. Vorläufig gilt freilich noch die Rechtsprechung des Reichsgerichts. Praktisch ist die Frage nicht so erheblich wie theoretisch. Denn das Verfahren, wie es von uns bisher geübt wird, findet auch vor der herrschenden Lehre als zulässig Anerkennung. Gestattet wird auch danach dem behandelnden Arzte einfache medikamentöse Einwirkung ohne weiteres; dadurch, dass der Kranke sich ihm zur Behandlung anvertraut hat, hat er die Zustimmung hierzu erkennen lassen. Operationen sind zulässig mit Genehmigung des Kranken, wenn er selbst verfügungsfähig ist, sonst seines natürlichen oder eingesetzten Rechtsvertreters; schwierigere Operationen — würde ich für meinen Teil hinzusetzen — nach Aufklärung über die Chancen derselben, sollte auch dabei unser sonstiges Bestreben, den Kranken schonend über seinen Zustand zu beruhigen, zu kurz kommen. In dringenden Fällen sind bei nicht Verfügungsfähigen Operationen auch ohne Einholung der Genehmigung des Vertreters zulässig, indem nach allgemeinen vernünftigen Erwägungen dieselbe bezw. die des Kranken vorausgesetzt werden kann. Vielleicht kann man auf diese Weise auch die Behandlung des Selbstmörders, beispielsweise die Einführung der Magensonde, gegenüber einem sich sträubenden Vergifteten rechtfertigen, indem man einen unzurechnungsfähigen Zustand desselben präsumiert; sonst weiss ich nicht, wie dieses allgemein gebilligte Vorgehen, das sicher auch das Reichsgericht nicht beanstanden wird, nach der herrschenden Lehre gerechtfertigt werden kann.

Bei Insassen von Irrenanstalten wird es unter Umständen geboten erscheinen, schon aus dem erwähnten Gesichtspunkt heraus die Einsetzung einer Vormundschaft bezw. vorläufigen Vormundschaft zu

beantragen, um eine gültige Zustimmung zu einer notwendigen, aber nicht dringenden Operation zu erlangen.

Unzweifelhafte Körperverletzungen, auch nach unserer Auffassung, sind ärztliche Eingriffe am gesunden Körper, wie sie ausgeführt werden zum Zwecke der Bluttransfusion, der Hauttransplantation in oder auf Kranke. Für diese ist die Behandlung eine angemessene, ihrem Körper zuträgliche, für jene aber offenbar nicht. Solche Eingriffe werden aber nur ausgeführt bei freiwilliger Zustimmung des Gesunden, und solange die — von mancher Seite freilich bekämpfte — Theorie gilt, dass an einem Einwilligenden eine strafbare Körperverletzung nicht begangen werden kann, ist der Arzt bei der Vornahme der Operation rechtlich gedeckt. Das Gleiche gilt von Experimenten an Gesunden oder Kranken, die zu wissenschaftlichen Zwecken, z. B. zur Erforschung der Frage von der Uebertragungsart bestimmter Krankheiten, ausgeführt werden. Solche Versuche sind übrigens meines Erachtens moralisch nur dann gerechtfertigt, wenn der Experimentierende die begründete Ueberzeugung erlangt hat, dass sie nicht gefährlich sind. Dass an Kranken, die sich dem Arzt zur Heilung anvertraut haben, wissenschaftliche Versuche, die eine Schädigung, sei es auch keine schwere, für sie bedeuten, ohne ihr Wissen und Willen nicht ausgeführt werden dürfen, halte ich für einen fundamentalen Grundsatz medizinischer Ethik und selbstverständlich auch für ein Gebot des Strafgesetzes.

Zwei Eingriffe, die einer besonderen Besprechung bedürfen, sind die kürzlich an anderem Ort zur Diskussion gestellten Operationen des künstlichen Aborts und der Perforation. M. H.! Unser Strafgesetzbuch, das die gewaltsame Unterbrechung der Schwangerschaft verbietet, macht keine Ausnahme für den Arzt, der wegen schwerer, lebensgefährlicher Zustände der Schwangeren die Unterbrechung der Schwangerschaft für notwendig erachtet und ausführt. Die meisten auswärtigen Gesetzgebungen verhalten sich ähnlich; nur die Gesetzbücher der romanischen Kantone der Schweiz nehmen bei ihren Strafbestimmungen gegen Abtreibung ausdrücklich den Arzt aus, der den Abort einleitet, „wenn es nötig ist, um die Mutter zu retten“ (Waadt, Freiburg und Tessin), „wenn die medizinische Wissenschaft es erfordert, um ein grösseres Uebel abzuwenden“ (Genf), „zum Zwecke, das Leben der Schwangeren zu retten“ (Neuenburg). In einzelnen Strafgesetzgebungen, die den Begriff des „Notstandes“ weiter fassen als die unsere, also im schweizerischen, im norwegischen Entwurf, vielleicht auch im italienischen Gesetzbuch erscheint die Einleitung des künstlichen Aborts aus medizinischen Gründen durch diesen Begriff gerechtfertigt; bei uns, wo Notstand nur durch eine Gefahr des Thäters oder eines Angehörigen gegeben ist, kann man diesen Strafausschliessungsgrund nicht heranziehen. Theoretisch erscheint bei uns die Ope-

ration indes vollständig gerechtfertigt durch das Gewohnheitsrecht; „der Satz: der Embryo darf zur Rettung des Lebens der Mutter geopfert werden, ist seit undenklicher Zeit in der Ueberzeugung angewendet worden, er bestehe zu recht; er wurzelt in der Rechtsüberzeugung des Volkes“ (Stooss). Ob es nicht zweckmässiger wäre, die Straflosigkeit ausdrücklich im Gesetz auszusprechen, sei dahingestellt. Jedenfalls hat — wie kürzlich in der gedachten Diskussion Czempin mit Recht erklärt hat, der gewissenhafte Arzt, der aus dringender Indikation die künstliche Fehlgeburt einleitet, den Strafrichter nicht zu fürchten. Geboten wird es allerdings in solchem Falle immer sein, durch vorherige Beratung mit anderen angesehenen Kollegen sich gegen etwaige Verdächtigungen zu decken.

Aehnlich steht es mit der Frage der Perforation des lebenden Kindes. Wenn nur die Möglichkeit vorhanden ist, die Geburt durch Tötung des Kindes oder durch Operation der Mutter (Kaiserschnitt, Symphysiotomie) zu beenden, so hat diese das Entscheidungsrecht. Lehnt sie die Operation ab, so kann sie nicht dazu gezwungen werden; wie jeder andere Mensch hat auch die Gebärende das natürliche Recht auf Integrität des Körpers; sie braucht keine Operation zu dulden, besonders keine, die trotz aller Fortschritte der medizinischen Technik noch immer als gefährlich bezeichnet werden muss. Der Rechtsschutz des Staates gegenüber dem Ungeborenen hört dort auf, wo die Unmöglichkeit eintritt, dass dieses auf natürliche Weise zur Welt kommt. Die Tötung des Foetus wird alsdann eine rechtlich indifferente Handlung und kann anstandslos ausgeführt werden (Heimberger). Die Frage mag medizinische Schwierigkeiten haben; es kann fraglich sein, ob man nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft berechtigt oder verpflichtet ist, der Kreissenden die Operation vorzuschlagen; juristische Schwierigkeiten bestehen hier nicht.

M. H.! Wenn wir uns vorher gegen die Auffassung aussprechen mussten, dass sachgemässe ärztliche Eingriffe unter den Begriff der absichtlichen Körperverletzung fallen, so ist nichts dagegen zu sagen, dass fehlerhafte ärztliche Eingriffe, die Schaden gestiftet haben, der Strafbestimmung des § 230 unterliegen. Dieser Paragraph lautet: „Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft.

War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf 3 Jahre Gefängnis erhöht werden.“ Er wird ergänzt durch den § 232: „Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen tritt nur auf Antrag ein, insofern nicht die Körperverletzung mit Ueber-

tretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbspflicht begangen worden ist.“ Ich schliesse hier noch an den § 222:

„Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft.

Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf 5 Jahre Gefängnis erhöht werden.“

Mit diesen Gesetzesbestimmungen werden die Vergehen getroffen, die man gewöhnlich als Kunstfehler bezeichnet.

Wie Sie aber aus den Bestimmungen ersehen, giebt es eine eigentliche Bestrafung ärztlicher Kunstfehler nicht. Abgesehen von der Impfung, bei der fehlerhaftes Vorgehen durch den § 17 des Impfgesetzes, auch ohne dass es Schaden angerichtet hat, bestraft wird, erlangt strafrechtliche Bedeutung ärztliches Handeln nur, wenn es wirklich Schaden gestiftet hat, wenn Tod bezw. Körperverletzung dadurch bewirkt worden sind. Nur wenn der Kausalzusammenhang zwischen der Fahrlässigkeit und dem üblen Ausgang feststeht, tritt Bestrafung ein.

Also wenn ein Arzt allein eine Operation und gleichzeitige Narkose vornimmt, obwohl er sehr gut in der Lage gewesen wäre, eine Assistenz zuzuziehen, so mag man das ja als unvorsichtig, als fahrlässig bezeichnen. Bleibt der Operierte in der Narkose, so wird man trotzdem eine fahrlässige Tötung nicht als erwiesen ansehen können; dazu würde der Nachweis gehören, dass eben das Fehlen der Assistenz den Tod verschuldet hat. Das wird man aber nicht bestimmt behaupten können, solange unter den günstigsten Verhältnissen, bei reichlicher Assistenz Chloroformtodesfälle sich ereignen.

Oder — was ja auch öfter in Frage kommt — ein Heilkünstler hat es unterlassen, eine Wunde durch den aseptischen Verband zu schliessen, der Verletzte geht an Sepsis zu Grunde. Lässt sich feststellen, dass die Infektion der Wunde erst nach der Konsultation eingetreten ist, dass sie also durch Unterlassung des Verschlusses derselben ermöglicht worden ist, dann ist allerdings der Kausalzusammenhang zwischen Fahrlässigkeit und eingetretenem Tode vorhanden. Aber diese Feststellung wird nur selten möglich sein, nur selten wird man ausschliessen können, dass die Infektion der Wunde alsbald mit der Verletzung, schon vor der Konsultation erfolgt ist, so dass es zweifelhaft ist, ob auch eine korrekte nachträgliche Wundbehandlung den üblen Ausgang hätte verhüten können.

Ein dritter Fall: eine Hebamme hat die vorgeschriebene Desinfektion ihrer Hände unterlassen; die Wöchnerin erkrankt an Puerperalfieber. Fahrlässigkeit und Körperverletzung bezw. Tod sind ge-

geben, wie aber steht es mit ihrem ursächlichen Zusammenhang? Kann man bestimmt behaupten, dass der Gebrauch der nicht desinfizierten Hand die Infektion bewirkt hat? Ich glaube, das kann man nur dann, wenn nachgewiesen ist, dass die Hand thatsächlich Infektionsträger mit sich führte, wenn also ein eitriger Prozess an der Hand selbst, an einem Finger bestand, oder wenn die Hand nachweisbar vorher mit eitrigen Produkten in Berührung war; dann erscheint mir allerdings die Wahrscheinlichkeit, dass auf diese Weise die Infektion entstanden ist, eine so grosse, dass es übertriebener Skepticismus wäre, an dem Zusammenhang zu zweifeln. Ist aber eine Infektiosität der Hand nicht nachweisbar, dann halte ich, da wir doch andere Infektionsmöglichkeiten kennen, die genügende Sicherheit für jenen Zusammenhang nicht gegeben. An der Unmöglichkeit, einen solchen Kausalzusammenhang mit der vom Richter erforderten Sicherheit nachweisen zu können, scheitert die Mehrzahl der gegen Kurpfuscher erhobenen Anklagen wegen fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung. Zumeist unternehmen ja diese Personen nicht direkt schädliche Eingriffe, gewöhnlich liegen nur Unterlassungssünden vor; sie haben die wissenschaftlich gebotene, zweckmässige Behandlung nicht angewendet. Aber solange es auch bei der korrektesten Behandlung vorkommt, dass Personen an Diphtherie, an Pneumonie, an Typhus sterben, dass Syphilis einen malignen Verlauf nimmt, so lange wird man im einzelnen Falle den eingetretenen Schaden auf jenes fehlerhafte Verhalten nicht bestimmt zurückführen können, wenn auch gewiss manchmal die Wahrscheinlichkeit so gross sein mag, dass sie zur Ueberzeugung des Sachverständigen, wie des Richters genügt.

Stehen Körperverletzung oder Tod mit dem ärztlichen Handeln in ursächlichem Zusammenhange, so ist weiter zu fragen: war denn das Handeln überhaupt fehlerhaft?

Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass in einer Reihe von Punkten die Ansichten der medizinischen Welt schwanken und sich teilen. Der Sachverständige, der eine eigene feste Ansicht in diesen Fragen sich gebildet hat, wird deshalb entgegengesetzte nicht für falsch erklären dürfen.

M. H.! Es ist kürzlich als Beispiel für die üble Lage eines wegen Fahrlässigkeit angeklagten Arztes der Fall konstruiert worden, dass ein Geburtshelfer wegen Perforation des lebenden Kindes angeklagt ist, und nun als Sachverständiger der Pariser Geburtshelfer Pinard citiert wird, der jede Tötung verwirft und regelmässig Kaiserschnitt oder Symphysiotomie anwendet. Man hat gesagt, Pinard würde natürlich es für eine Fahrlässigkeit erklären, wenn der Geburtshelfer nicht die Operation ausgeführt oder — ich berufe mich auf das vorher Besprochene — dringend empfohlen hat. M. H.! Ich kenne Pi-

nard nicht; aber wenn er seine Aufgabe als Sachverständiger so auffasst, wie sie aufgefasst werden muss, so wird er erklären, dass er die Operation jedes Mal für geboten hält, dass aber auch entgegengesetzte Anschauungen vertreten werden, und dass das Tribunal nicht der Ort zur Entscheidung dieser wissenschaftlichen Streitfrage ist.

Es sind von ärztlicher Seite eine ganze Reihe von Vorschlägen gemacht worden, um für solche Fälle Kautelen gegen die Gefahr einer einseitigen Beurteilung zu schaffen. Man hat vorgeschlagen, es soll bestimmt werden, dass eine Anklage wegen Fahrlässigkeit gegen einen Arzt nicht erhoben werden solle auf das Gutachten eines einzigen Gerichtsarztes hin, sondern nur, wenn das Obergutachten einer kollegialen Fachbehörde ebenfalls zu seinen Ungunsten lautet. Meiner Erfahrung nach wird übrigens thatsächlich fast ausnahmslos so gehandelt; nach dem, was wir in der vorigen Stunde besprochen haben, ist ferner die Ladung eigener Sachverständiger seitens des Angeklagten oder der Verteidigung in unbeschränktem Masse möglich. Wenn demgegenüber kürzlich darauf hingewiesen wurde, dass der Angeklagte alsdann die mitunter grossen Kosten hierfür zu tragen hat, und dass deshalb das Gericht verpflichtet werden sollte, auf Antrag des Angeklagten Sachverständige der verschiedenen Richtungen zu laden, so ist jene Behauptung doch nicht völlig richtig; wird auf Grund des Gutachtens der Gegensachverständigen freigesprochen, so wird immer das Gericht nach § 219 Abs. 3 annehmen, dass die Vernehmung derselben zur Aufklärung der Sache dienlich war, und die gesetzlichen Kosten auf die Staatskasse übernehmen..

Endlich, m. H., hat man auch die Beurteilung ärztlicher Fahrlässigkeitsdelikte den ordentlichen Gerichten überhaupt entziehen und besonderen, aus Medizinern und Juristen zusammengesetzten Gerichtshöfen überweisen wollen.

M. H.! Ich halte alle solche Vorschläge nicht nur für aussichtslos, sondern auch für gefährlich. Es kann uns keine Sympathien erwecken, wenn wir für den angeklagten Arzt ein Sonderrecht verlangen, wenn wir in unserem Interesse uns bestreben, das Palladium des modernen Rechtsstaates, die Gleichheit vor dem Gesetz, zu durchlöchern. Gewiss wird jeder angeschuldigte Arzt es bitter empfinden, wenn er auf ein Gutachten eines Sachverständigen hin verurteilt wird, das er für verfehlt hält. Aber geht es denn nicht jedem anderen Angeklagten ebenso? Wenn hier Wandel geschaffen werden soll, so kann es nur in der Weise geschehen, dass in Fällen, wo technische Gutachten erforderlich sind, allgemein und grundsätzlich auch dem Angeklagten das Recht gegeben wird, einen Sachverständigen zu benennen, der das Gutachten der Sachverständigen der Anklage prüfen und kontrollieren soll. Entsprechende Gesetzesvorschläge werden jetzt

in unseren westlichen Nachbarstaaten, in Belgien und Frankreich, diskutiert; ich glaube, dass diese Bestrebungen wohl die Aufmerksamkeit auch unserer massgebenden Kreise verdienen, weil sie zur Erhöhung des Gefühls der Rechtssicherheit beitragen können.

M. H.! Wenn man das ärztliche Handeln für fehlerhaft erklärt, so wird immer noch weiter zu untersuchen sein, ob denn dieser Fehler eine Fahrlässigkeit beweist, ob er bei Anwendung der nötigen Aufmerksamkeit zu vermeiden gewesen wäre. Hier wird man die äusseren Umstände des Falles berücksichtigen müssen: ungünstige Verhältnisse, wie sie die Praxis so häufig bietet, machen manches diagnostische Versehen und manches technische Missgeschick begreiflich. Die Notwendigkeit des sofortigen Eingreifens, wie sie sich besonders in der Geburtshilfe öfter ergiebt, lässt es berechtigt erscheinen, wenn der Beschuldigte sich an schwierigere Aufgaben wagte, denen er nicht gewachsen war.

In Fällen fahrlässiger wie absichtlicher Körperverletzung kann der Verletzte auf Grund der §§ 823, 843, 847 B.G.B. civilrechtlich Schadenersatz fordern, mit oder ohne gleichzeitiges Strafverfahren. Das ist ein Teil der Fälle, in denen Untersuchungen des Gesundheitszustandes eines Menschen in civilrechtlicher Beziehung verlangt werden. Hierher gehören auch die verhältnismässig häufigen Schadenersatzklagen gegen Hauswirte bei Unglücksfällen infolge unterlassener Treppenbeleuchtung u. a. Andere Male wird eine solche Untersuchung nötig, weil Personen unter der Behauptung, krank und erwerbsunfähig zu sein, ihre unterstützungspflichtigen Angehörigen verklagen. Endlich werden Gutachten über die Erwerbsfähigkeit eines Menschen verlangt in Prozessen, die auf Grund des Haftpflichtgesetzes gegen Eisenbahnen oder andere ähnliche Betriebe angestrengt werden, und in Klagen gegen private Unfallversicherungsgesellschaften.

Diese civilrechtlichen Untersuchungen über Erwerbsfähigkeit und ihre Beeinträchtigung durch Krankheiten und Verletzungen, besonders die letztgenannten, berühren sich begreiflicherweise mit den gleichen Untersuchungen, welche auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes von den Organen der staatlichen Arbeiterversicherung erfordert werden. Man wird in jenen Fällen daher häufig mit Vorteil das reiche Material konsultieren, welches in den Veröffentlichungen des Reichsversicherungsamtes und den neueren Werken über die Begutachtung von Unfallverletzungen niedergelegt worden ist. Besonders wird man die hier gegebenen prozentischen Abschätzungen des Verlustes der Erwerbsfähigkeit durch bestimmte chirurgische Verletzungen, Verlust des Armes, der Hand, der Finger, eines Beines, Auges u. s. w. mit Vorteil zu Rate ziehen können, wenn man in analogen civilrechtlichen Fällen

die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch eine Verletzung abschätzen soll.

Für die Abschätzung der Erwerbsbeschränkung durch innere Krankheiten haben wir eine gleiche Unterlage nicht; allgemeine Regeln lassen sich da zunächst nicht geben; hier kann nur die fortgesetzte genaue Beobachtung des Einzelfalles ein Urteil ermöglichen.

Auch für die Frage, ob der die Erwerbsfähigkeit beschränkende Zustand auf eine Körperletzung bezw. auf einen entschädigungspflichtigen Unfall zurückzuführen ist — bei den Alimentationsklagen entfällt ja diese Frage — besitzen wir eine bessere Grundlage, wenn es sich um Zustände äusserer chirurgischer Natur handelt, als um innere Verletzungsfolgen. Wo es sich um Frakturen, Luxationen, Verbrennungen u. a. handelt, da erhellt die traumatische Natur des Zustandes ohne weiteres, und auch die Zurückführung auf ein bestimmtes Trauma macht meist keine Schwierigkeiten. Am meisten entstehen solche noch beim Vorliegen von Hernien. Die jetzt zumeist geltende Anschauung geht bekanntlich dahin, dass bei vorhandener Disposition, bei mehr oder weniger präformiertem Bruchsack eine Hernie im Anschluss an eine plötzliche Gewalteinwirkung sich bilden kann, wenn sie auch in der grossen Mehrzahl der Fälle sich allmählich bildet durch öfter wiederkehrende Erhöhung des intraabdominalen Druckes. Wenn bei angeblich plötzlicher Entstehung eines Bruches sich Oedem mit Blutunterlaufung an der Bruchpforte nachweisen lässt, so könne man die Angabe für gesichert halten, anderenfalls sei ihre Richtigkeit nicht zu beweisen.

Ich glaube, dass man mitunter noch weiter gehen kann, und habe das bereits in einer Sache gethan. Kläger war ein Postschaffner, der hier auf dem Schlesischen Bahnhofe monatelang damit beschäftigt war, die bis 2 Centner schweren Zeitungssäcke, welche aus dem Westen kommen und nach Russland gehen, in den russischen Zug einzuladen. Er hatte gewöhnlich allein die betreffenden Säcke hineinzuheben und bedurfte dabei einer energischen Anstrengung der Bauchpresse. Nach mehreren Monaten traten bei dem bis dahin gesunden Mann Magenstörungen, Erbrechen, Schmerzen auf, als deren Ursache nach einiger Zeit eine kleine Hernie der Linea alba erkannt wurde. Die Beschwerden besserten sich nicht und machten es nötig, ihn zu pensionieren. Er klagte nun auf die erhöhte Summe, die ihm zustand, wenn seine Pensionierung Folge eines Betriebsunfalles war. Der Fall ist wiederholt begutachtet und in verschiedenen Instanzen verschieden beurteilt worden. Das abweisende Urteil des Kammergerichts wurde vom Reichsgericht aufgehoben. Zum Teil mich anlehnend an die Motive des R.G.E. habe ich in meinem endgiltigen Gutachten, auf

Grund dessen schliesslich die Ansprüche des Mannes anerkannt wurden, ausgeführt, dass die Hernie wohl entstanden sei durch die dauernde Ueberanstrengung, dass aber diese sich zerlegen liesse in wiederholte Akte einmaliger Ueberanstrengung, d. h. wiederholte Betriebsunfälle. Diese hätten der Reihe nach die Abdominalfascie mehr und mehr gedehnt, bis schliesslich der letzte die Lücke erzeugt habe, durch die nun Bauchinhalt austreten konnte. Danach sei die schliessliche Entstehung des Bruches die Folge eines Betriebsunfalles. Aehnlich wird man sich wohl auch bei Hernien anderer Art, die durch fortgesetzte Ueberanstrengung entstanden sind, fassen können.

Grössere Schwierigkeiten bietet, wie gesagt, die Frage der traumatischen Entstehung innerer Krankheiten. Hier wird man in civilgerichtlichen Fällen weniger oft zu einer Bejahung kommen als in den vor den Unfallversicherungsbehörden verhandelten. Das U.V.G. verlangt ja infolge seines humanen Zweckes nicht den strikten Beweis eines Kausalzusammenhanges, sondern begnügt sich mit der Wahrscheinlichkeit. In bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten genügt das nicht. Wenn es sich daher nicht gerade um Krankheiten handelt, deren traumatische Entstehung schon durch ein besonderes Krankheitbild bewiesen wird, wie das z. B. bei den traumatischen Neurosen bis zu einem gewissen Grade zutrifft, wenn vielmehr Krankheiten vorliegen, die in ganz der gleichen Weise auch spontan ohne jedes Trauma sich entwickeln: also Pneumonien, Tuberkulose, maligne Geschwülste, Diabetes, Leukämie, multiple Sklerose u. a. m., so wird man den Zusammenhang von Trauma und nachfolgender Krankheit vor den bürgerlichen Gerichten in manchen Fällen nicht genügend beweisen können, in denen man gegenüber Berufsgenossenschaft, Schiedsgericht und R.V.A. zu einer Bejahung gelangen würde. Dann nämlich, wenn nur der zeitliche Zusammenhang für die traumatische Entstehung spricht; dieser genügt ja, um eine Wahrscheinlichkeit zu konstruieren, aber auch nur dazu; da ein solcher zeitlicher Zusammenhang auch zufälliger Natur sein kann, so liefert er allein einen sicheren Beweis nicht. Nur wenn man ausserdem noch einen örtlichen Zusammenhang nachweisen kann, wenn sich irgend welche sichere Zeichen eines Trauma an einer der inneren Erkrankung entsprechenden Stelle feststellen lassen, also eine Kontusion der Brustwand beispielsweise bei Pneumonie, halte ich eine strikte Bejahung für möglich.

M. H.! Es ist der Wunsch ausgesprochen worden, dass ich mich noch über zwei Punkte verbreite, die, streng genommen, nicht zu unserem vorigen wie heutigen Thema gehören, die aber von anderer Stelle keine Berücksichtigung finden, über die Konkurrenz der Todesarten und über die Priorität des Todes.

Das Zuammentreffen mehrerer Schädlichkeiten, das Auffinden verschiedener Gewalteinwirkungen bei einem Verstorbenen kommt sowohl beim Unfall, wie beim Selbstmord, wie bei der verbrecherischen Tötung durch fremde Hand vor. In allen diesen Fällen können Sie gefragt werden, woran der Verletzte eigentlich gestorben ist; die Beantwortung dieser Frage ist begreiflicherweise von besonderer Wichtigkeit, wenn es sich um absichtliche gewaltsame Tötung seitens mehrerer Personen handelt und nun bestimmt werden soll, wem eigentlich die Tötung zur Last fällt.

In manchen Fällen liegt es so, dass nicht eine einzelne Verletzung gerade als die tödliche angesprochen werden kann, sondern dass alle oder mehrere gemeinsam den Tod verschuldet haben. Wenn jemand eine Reihe von Verletzungen erlitten hat, deren jede Blutverlust bewirkt hat, und er ist an Verblutung gestorben, so ist es die Gesamtheit dieser Verletzungen gewesen, die ihn getötet hat. Er wäre in dem Moment, in dem er starb — und darauf kommt es an, nicht darauf, was vielleicht kurz nachher geschehen wäre — nicht gestorben, wenn er nicht bis dahin diese Menge Blut verloren hätte, und an diesem Blutverlust haben alle Verletzungen, wenn auch vielleicht die eine mehr, die andere weniger, Schuld gehabt. Für solche Fälle tritt dann der Abs. 2 § 227 unseres St.G.B. in Kraft, der für den Fall, dass Jemand durch mehrere Verletzungen den Tod gefunden hat, „welche denselben nicht einzeln, sondern durch ihr Zusammenwirken verursacht haben", eine schwerere Strafe festsetzt als für die einfache resp. gefährliche Körperverletzung, eine mildere aber zulässt als für die sonstige Körperverletzung mit tödlichem Ausgang.

Natürlich, m. H., wird man bei Verletzungen, die einen Blutverlust schnellster und gefährlichster Art setzen, von gleichzeitigen Verletzungen mit nur unbedeutenden Blutunterlaufungen als unwesentlich absehen können. Diese Frage ist für mich kürzlich praktisch geworden in einem Falle, indem sich neben einer Stichwunde, die die Carotis interna eröffnet hatte, Blutunterlaufungen der Gesichtshaut, bedingt durch Fusstritte, fanden. Ich erklärte jene Wunde für die tödliche, wenn sich auch vielleicht nicht ganz ausschliessen lasse, dass die anderen den Eintritt des Todes um ein Minimum beschleunigt hätten.

Ist ein solches Zusammenwirken mehrerer Veränderungen nicht anzunehmen, und ist es notwendig, den Tod auf eine derselben zurückzuführen, so sind bei der Entscheidung, welches die Todesursache ist, eine Anzahl von Punkten zu berücksichtigen.

Zunächst ist die Schnelligkeit zu bedenken, mit der die einzelnen Todesarten das Ende herbeiführen. Man wird z. B. beachten, dass

eine völlige Zermalmung des Gehirns den Tod sofort herbeiführt, eine Durchtrennung der beiden Carotiden in schneller Zeit, dass viele Vergiftungen dagegen eine längere Zeitdauer beanspruchen u. dgl. m. Das Gutachten wird, wie schon vorhin angedeutet, dadurch nicht verändert, dass eventuell die andere gewaltsame Einwirkung ebenfalls in kurzer Zeit den Tod herbeigeführt hatte. Wenn eine Person, die mit Arsen vergiftet worden ist, in so grossen Dosen, dass der Tod aller Voraussicht nach eintreten musste, bevor sie der Vergiftung erlag, stranguliert worden ist, so bleibt immer die Strangulation die Todesursache, und wir sind nicht berechtigt, hier einen Unterschied zwischen Tötung und blosser Beschleunigung des Todes zu machen. Ebenso ist diese Unterscheidung ungerechtfertigt, wenn wir bei der Sektion feststellen, dass der Getötete an einer schweren und voraussichtlich bald tödlichen inneren Krankheit gelitten hat. Immer ist er dann durch die direkt tödliche Verletzung getötet worden. Die Unterscheidung zwischen Tötung und Beschleunigung des Todes erscheint schon prinzipiell unhaltbar. Schliesslich ist ja jede Tötung nur eine Beschleunigung des Todes — denn einmal sterben müssen wir doch alle.

In zweiter Reihe ist die Reihenfolge zu berücksichtigen, in der die verschiedenen gewaltsamen Einwirkungen stattgehabt haben. Selbstverständlich werden wir bei sonst in annähernd gleicher Zeit zum Tode führenden Eingriffen denjenigen für den wirksamen halten, welcher früher stattgefunden hat. Das Alter der Eingriffe aber, die Reihenfolge derselben werden wir einerseits nach der Ausbildung der Reaktionserscheinungen schätzen, andererseits aus den allgemeinen Verhältnissen des Falles mitunter erschliessen können.

Drittens haben wir zu bestimmen, ob die Wirkung eines der gewaltsamen Eingriffe an der Leiche nachzuweisen ist, ob wir also, wenn unter den vorgefundenen Verletzungen eine im stande war, Verblutung zu bewirken, die Erscheinungen des Verblutungstodes an der Leiche ausgesprochen finden. In solchem Falle werden wir kein Bedenken tragen, gerade diese Verletzung für die tödliche zu erklären. So verhielt es sich z. B. in einem mir bekannten Falle, in dem ein junges Mädchen beschlossen hatte, sich mit ihrem Geliebten das Leben zu nehmen. Sie trank zunächst Oxalsäure. Da ihr aber der Tod zu lange zögerte, bat sie den Geliebten, ihr den Hals abzuschneiden, was er dann auch that. Da er sich nach ihrem Tode nicht das Leben nahm, wurde gegen ihn verhandelt, es war von entscheidender Bedeutung, ob die Verstorbene am Gift oder an der Schnittwunde gestorben sei; mit Rücksicht auf die ausgesprochene Anämie der Leiche wurde das letztere angenommen.

Endlich sind die schon erwähnten allgemeinen Verhältnisse des Falles zu beachten, aus denen besonders auf die Reihenfolge der Verletzungen zu schliessen ist, aus denen sich ferner ergeben kann, dass es bei der einen Tötungsart nur zu einem erfolglosen Versuch gekommen ist, u. a. m.

Ich erwähne als Beispiel einer solchen Begutachtung einen Fall von Raubmord an einem Geldbriefträger in Wien. Hier fand sich eine Revolverschussöffnung in der linken Schläfe, eine Schnittwunde am Halse bis auf die Wirbelsäule mit Durchtrennung der grossen Gefässe, eine Strangmarke unterhalb dieser; starke Anämie der Leiche. Es wurde erklärt — und das spätere Geständnis bestätigte diese Erklärung — dass die Schusswunde zuerst beigebracht worden sei, da nach den anderen Verletzungen ein Schuss, der den Thäter verraten konnte, überflüssig gewesen sei, wohl aber zuerst, um den Gegner wehrlos zu machen, dem Thäter hätte zweckmässig erscheinen können. Dann wäre die Erdrosselung versucht worden, denn nach der Schnittwunde würde die Schlinge keinen Halt mehr gefunden haben, und schliesslich sei der Halsschnitt erfolgt, der den Tod durch Verblutung bewirkte.

Aehnliche Erwägungen werden uns auch bei der Frage nach der Priorität des Todes zu leiten haben, wenn es sich also darum handelt, zu bestimmen, welche von mehreren in annähernd gleicher Zeit umgekommenen Personen zuerst, welche zuletzt gestorben ist. Die Frage hat besonders civilrechtliche Bedeutung, es kann sein, dass der Tod mehrere Glieder einer Familie getroffen hat, dass das zuletzt gestorbene Glied von den übrigen geerbt hat, und seine nächsten Angehörigen nun die berechtigten Erben zu dem Vermögen der Familie sind.

Auch hier ist natürlich der Umstand von entscheidender Bedeutung, in welcher Reihenfolge die einzelnen Personen von der tödlichen Gewalt getroffen worden sind und — bei verschiedener Art dieser Gewalten — welche die am schnellsten tödliche ist. Ersteres lässt sich häufig aus den Umständen des einzelnen Falles ermitteln; im allgemeinen kann man z. B. festhalten, dass, wenn Erwachsene und Unerwachsene zu gleicher Zeit gemordet werden, also eine Mutter mit ihren Kindern, der Verbrecher in erster Reihe sich gegen die widerstandsfähige, erwachsene Person wenden wird.

Aus der nicht geringen Kasuistik greife ich einen vor ca. 8 Jahren veröffentlichten Fall heraus. Ein Mann hatte seine Frau und 6 Kinder durch Hiebwunden gegen den Kopf getötet und dann sich selbst aufgehängt. Die Verletzungen waren bei allen so erheblich, dass der Tod in kürzester Zeit eintreten musste. Aus dem obigen Grunde

wurde geschlossen, dass die Mutter zuerst starb, dann die Kinder, dann erst natürlich der Vater; es erbten also die Kinder von der Mutter, der Vater von ihnen, und seine Angehörigen waren die rechtmässigen Erben des gesamten Vermögens. Von der Gegenseite wurde geltend gemacht, dass der Mörder und Selbstmörder die Erbschaft wegen Unwürdigkeit verloren hätte; dieser Grund hätte indes zurückgewiesen werden müssen, da der § 727 des Code civil — der Fall spielte in Lothringen — nur diejenigen für unwürdig erklärt, die wegen Mordes oder Mordversuchs am Erblasser verurteilt worden sind — was hier selbstverständlich nicht möglich war. Indes verzichteten die Angehörigen des Mannes auf die Erbschaft.

Wenn nicht festzustellen ist, welche von mehreren Personen zuerst betroffen worden ist, und es sich um die gleiche Todesart handelt, also z. B. wenn eine Familie zusammen auf einem Schiffe untergeht, bei einem Brande, einer Explosion umkommt, dann ist eine Feststellung — etwa auf Grund individueller Verhältnisse, stärkerer Konstitution etc. — nicht mit irgendwelcher Sicherheit möglich. Insofern ist es gerechtfertigt, wenn sowohl das preussische Landrecht I, I 39 wie die englischen Gerichte annehmen, dass alle gleichzeitig starben, und niemand von den anderen erbt. Auch das B.G.B. nimmt diesen Standpunkt ein. Streng genommen, ist es natürlich nicht denkbar, dass mehrere Personen genau in dem gleichen Zeitmoment untergehen, ein minimaler Unterschied wird immer vorhanden sein; es ist aber nicht zu bestimmen, wer früher, wer später starb.

Im Gegensatz zu diesen Gesetzgebungen statuiert das Gemeine Recht eine Präsumption dahin, dass, wenn Eltern und Kinder zusammen umgekommen sind, die geschlechtsreifen Kinder später, die noch nicht geschlechtsreifen früher als die Eltern gestorben sind. Sehr ins einzelne gehende Bestimmungen für solche Fälle trifft der Code civil, indem er erklärt:

Art. 721. Wenn diejenigen, welche zusammen umgekommen sind, noch nicht 15 Jahre alt waren, so tritt die Vermutung ein, dass der Aelteste am längsten gelebt habe. Wenn sie alle über 60 Jahre alt waren, so tritt die Vermutung ein, dass der Jüngste am längsten gelebt habe. Wenn die einen noch nicht 15, die anderen über 60 Jahre alt waren, so tritt die Vermutung ein, dass die ersteren am längsten gelebt haben.

Art. 722. Wenn diejenigen, welche zusammen umgekommen sind, volle 15 Jahre, aber unter 60 Jahre alt waren, so tritt stets die Vermutung ein, dass die Mannsperson am längsten gelebt hat, wenn das Alter gleich ist, oder der Unterschied nicht ein Jahr übersteigt. Waren sie des nämlichen Geschlechts, so findet die Vermutung des

Ueberlebens, wodurch im gewöhnlichen Laufe der Natur die Erbfolge eröffnet wird, statt, man vermutet also, dass der Jüngere den Aelteren überlebt habe.

M. H.! Medizinisch erscheinen derartige Bestimmungen nicht gerechtfertigt. Sie haben aber ein gewisses Interesse als Beispiel einer Gesetzgebung, die die Tendenz hatte — im Gegensatz zu der jetzt herrschenden — alles bis ins einzelne durch das Gesetz zu ordnen, und dem freien Ermessen des Richters möglichst wenig Spielraum zu lassen.

Traumatische Todesarten.

Vierter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin“, gehalten am 21. Februar 1902

von

Dr. G. Puppe,
Gerichtsarzt, Privatdozent.

Mit 4 Abbildungen im Text.

M. H.! Wenn wir uns der Besprechung der traumatischen Todesarten zuwenden, dann haben wir zuerst eine Vorfrage zu erledigen, und das ist: Was versteht man unter einer vitalen Reaktion? Welche Verletzungen sind als vitale anzusprechen, und welche müssen als nach dem Tode erfolgt gelten? Diese Frage wird gerichtsärztlich natürlich von einer ganz enormen Wichtigkeit sein. Denn es kann vorkommen, und es ist auch schon vorgekommen, dass man Leichen aufgefunden hat mit allen möglichen Verletzungen, die sich nachher als nach dem Tode zugefügt herausgestellt haben, und bei denen sich nachher ergab, dass Leute daran Interesse hatten, diesen Leichen die Verletzungen zuzufügen, damit der Anschein erweckt würde, sie seien während des Lebens zugefügt.

Wir haben als Zeichen einer vitalen Reaktion erstens allgemeine Zeichen und zweitens örtliche Zeichen. Zu den allgemeinen Zeichen der vitalen Reaktion rechnen wir die Anämie, die Fettembolie, die Luftembolie und die Blutaspiration. Zu den örtlichen Zeichen einer vitalen Reaktion rechnen wir die Blutung und die Suffusion.

Die Anämie der inneren Organe ist ein ausserordentlich wichtiges Kennzeichen dafür, dass eine Verletzung zum Tode geführt hat und während des Lebens zugefügt ist. Sie ist deshalb so wichtig, weil sie unter keinen Umständen durch irgendwelche Manipulationen vorgetäuscht werden kann. Finden wir sie, so werden wir sagen müssen, es handelt sich hier um ein vitales Zeichen, um ein Zeichen, dass die Verletzung während des Lebens zugefügt ist. Ebenso wichtig sind die Fettembolie und die Luftembolie. Sie wissen —

ich brauche darauf hier nicht weiter hinzuweisen — wann die Luftembolie und die Fettembolie entstehen; wenn wir in einem Falle einmal Fettembolie nachweisen können, dann werden wir sagen müssen, das Herz hat, nachdem die betreffende Verletzung, nachdem die Zerschmetterung, Zermalmung fetthaltigen Gewebes zugefügt worden ist, noch eine Weile geschlagen und auch noch Blut in die Lungen treiben können, und diesem Blute war ja Fett beigemischt. Wir werden deshalb sagen müssen, nach dem Momente der Verletzung hat das Herz noch geschlagen, also war die Verletzung selbst eine vitale. Ebenso verhält es sich mit dem Blutatmen. Das Blutatmen ist ein unbedingt wichtiges und sicheres Zeichen dafür, dass das Individunm, nachdem die Verletzung zugefügt ist, die das Blut in die Trachea, in den Trachealtractus hineinbrachte, noch gelebt hat. Es kann sich hier handeln um eine Schädelbasisfraktur, bei welcher von der Schädelbasis das Blut herabfloss in den Kehlkopf und in die Trachea, oder es kann auch eine einfache Durchschneidung der Luftröhre mit Hineingelangen von Blut in die Luftröhre und in die tiefer gelegenen Abschnitte vorliegen. Hat das betreffende Iudividuum noch geatmet, nachdem ihm eine solche Verletzung zugefügt ist, dann wird es auch noch Blut eingeatmet haben, und von den Endbronchien aus werden die einzelnen Lobuli mit Blut vollgesaugt sein; wir werden dann das charakteristische Bild der Blutaspiration vorfinden. Wir können das bei der Inspektion der Lungen erkennen. Man sieht durch den Lungenüberzug hindurch bläuliche bis violette Partien in lobulärer Anordnung hindurchschimmern. Schneiden wir ein, so finden wir, dass thatsächlich hier eine lobuläre Anordnung von rötlichen Flecken vorhanden ist, derart, dass stets das Centrum des Lobulus ein dunkleres Rot aufweist, als die Peripherie, welche heller rot oder kaum rot gefärbt ist. Eine derartige Erscheinung nennen wir, wie gesagt, Blutaspiration, und wir sehen in derselben ein sehr wichtiges Zeichen einer vitalen Reaktion.

Unter den speciellen oder örtlichen Zeichen einer vitalen Reaktion an der Wunde selbst nannte ich die Blutung und die Suffusion. Die Blutung selbst, m. H., wird mehr oder weniger erheblich sein können, je nach dem Gefäss, welches verletzt worden ist. Sie gilt uns als ein Zeichen dafür, dass die Verletzung während des Lebens beigebracht wurde, wenn die Verletzung nicht an einer Stelle sich befindet, welche im Bereich der Hypostase liegt. Nämlich wenn wir einer Leiche eine Verletzung an einer abhängigen Stelle, da wo die Totenflecke sitzen, zufügen, dann werden wir wahrnehmen, dass, namentlich wenn es sich um den plötzlichen Tod eines vorher gesunden Menschen handelt, aus dieser Verletzung Blut herausfliesst.

Wir müssen daraus die Folgerung ziehen, dass wir nur eine solche Blutung aus einer Wunde als eine vitale Blutung anzusprechen haben,

die nicht im Bereich der Hypostase liegt. Selbstverständlich wird eine Blutung, auch wenn sie im Bereich der Hypostase liegt, von einer während des Lebens zugefügten Wunde herrühren können. Aber eine solche Blutung ist als eine vitale nicht ohne weiteres anzusehen.

Die Suffusion, m. H., der Bluterguss, ist ebenfalls ein ausserordentlich wichtiges Zeichen für eine während des Lebens zugefügte Verletzung. Sie erinnern sich aus der Klinik, dass wir jede Verletzung, die wir mit einem scharf schneidenden Instrument zufügen, sofort möglichst blutleer zu machen suchen, dass wir das Blut sorgsam wegtupfen oder da, wo sich eine spritzende Arterie findet, sofort die Klemme anlegen, um die Blutung zu stillen. Das geschieht natürlich in der Praxis derjenigen Fälle, die wir hier beurteilen wollen, nicht, und so kommt es, dass sich zahlreiche kleine und kleinste Gefässe, die im Moment der Verletzung durchschnitten sind, in das umgebende Bindegewebe hinein retrahieren und dieses Bindegewebe hämorrhagisch infarzieren. So wird thatsächlich nach einer mit schneidenden scharfen Instrumenten beigebrachten Verletzung, so z. B. bei grossen Halsschnitten, eine ganz erhebliche Blutung in das umgebende Gewebe in der Regel die Folge sein. Wir dürfen nicht etwa sagen: die Verletzung ist mit einem scharfen, schneidenden Instrument beigebracht, also muss sie blutleer sein, sondern im Gegenteil: weil sie mit einem scharfen, schneidenden Instrument beigebracht ist, deswegen müssen wir verlangen, wenn es sich um eine während des Lebens zugefügte Verletzung handeln soll, dass im Bereich der Schittwunde selbst Coagula, aber vor allem auch Suffusionen sind, hämorrhagische Ausstopfungen des vorhandenen lockeren Bindegewebes. Diese wichtigen Zeichen einer vitalen Verletzung müssen vorhanden sein, oder wenigstens eine von ihnen. Fehlen sie alle, dann werden wir sagen müssen, dass nichts dafür spricht, dass die Verletzung während des Lebens beigebracht wurde.

Wir haben, wenn ich von den postmortalen Verletzungen noch wenige Worte sagen soll, eine ganze Reihe von typischen postmortalen Verletzungen, wie wir sie z. B. an Wasserleichen finden. Als derartige typische postmortale Verletzungen will ich erwähnen die durch Krebse und die durch Bootshaken zugefügten Verletzungen; dieselben finden sich häufig und geben uns deshalb weiter keine Veranlassung zu besonderen Massnahmen. In anderen Fällen haben Ameisen, dann Kellerasseln oder Küchenschwaben schon Gelegenheit zu umständlichen Untersuchungen gegeben, und es hat sich herausgestellt, dass es sich um ganz gewöhnliche postmortale Insektenverletzungen handelt. Ich will noch hervorheben, m. H., dass auch Fliegenmaden ganz besonders im stande sind, schwer verheerend auf die Weichteile einer Leiche einzuwirken. Zahlreiche Erfahrungen sprechen dafür, dass in 10 Tagen die Weichteile der Leiche eines

neugeborenen Kindes von Fliegenmaden total abgenagt werden können, so dass nur das Skelett übrig bleibt.

Ich will noch von einer Gruppe von Verletzungen sprechen, das sind die agonalen Verletzungen. Wir verstehen darunter solche, welche während der Agone zu stande kommen, und es versteht sich ganz von selbst, dass damit nur eine ganz besondere Gruppe gemeint sein kann, nämlich solche Verletzungen, welche dadurch zu stande kommen, dass der betreffende Mensch eben hinstürzt, wenn er stirbt. Ich möchte ein Beispiel anführen. Stellen Sie sich, bitte, vor: Ein Kutscher auf dem Bock bekommt einen Schlaganfall, er fällt herunter auf die Erde und bricht sich das Genick. Der Schlaganfall würde die Causa mortis und der Halswirbelbruch die agonale Verletzung sein. Oder es bekommt jemand einen Schlaganfall, fällt dabei von der Treppe herunter und zieht sich einen Schädelbruch zu. Das sind Fälle, wie ich sie selbst zu beurteilen hatte. Derartige Fälle sind selten. Andere Fälle sind häufiger. Das Individuum stürzt sterbend hin und schlägt sich die hervorragenden Teile des Körpers, z. B. des Gesichts, namentlich also die Augenbrauen, die Stirn, die Nase oder den Mund, auf. Diese agonalen Verletzungen unterscheiden sich durch ihre recht wenig ausgesprochene, zuweilen sogar fehlende vitale Reaktion von den vitalen Verletzungen, und sie sind ferner charakterisiert durch ihren eigentümlichen Sitz an prominierenden Teilen des Körpers.

Wir wenden uns jetzt dazu, m. H., die eigentlich traumatischen Todesarten zu besprechen, und beginnen mit der Lehre von den Schnittverletzungen. Dieselben entstehen dadurch, dass die Schneide eines Messers oder eines anderen schneidenden Werkzeuges über eine bestimmte Hautpartie hingezogen wird und, durch den Zug sich selbst verlängernd, in die Tiefe dringt. Die Schnittverletzungen unterscheiden sich dadurch von den Hiebverletzungen, dass die Schärfe des Hiebwerkzeuges lediglich für sich allein einwirkt und in die Tiefe dringt, unterstützt durch die Schwere des Hiebwerkzeuges. Die Schwere des Werkzeuges kommt bei der Schnittverletzung überhaupt gar nicht in Betracht. Wir haben also bei der Hiebverletzung noch eine erhebliche, in die Tiefe dringende Gewalt, verursacht durch die dem Werkzeug selbst innewohnende Schwere, die noch verstärkt werden kann durch die Kraft, die der Arm des Thäters dem Werkzeug giebt. Stichverletzungen unterscheiden sich dadurch von den Schnittverletzungen, dass die Stichverletzungen eine grössere Tiefe als Länge haben, während bei der Schnittverletzung dieses Verhältnis gerade umgekehrt ist.

Ob eine Schnittwunde von einem Mörder oder Selbstmörder herrührt, das kann man der Wunde an sich zunächst nicht ansehen, und das müssen wir aus den ganzen Umständen und Verhältnissen, welche

ich Ihnen hier jetzt mit kurzen Worten auseinandersetzen möchte, abzuleiten suchen. Zunächst bietet uns bei Tod durch Schnittverletzungen stets der Augenscheinbefund, die Besichtigung der Lokalität eine wichtige Handhabe dafür, um was es sich handelt, ob es sich z. B. darum handelt, dass sich jemand selbst den Hals abgeschnitten hat, oder ob ihm der Hals abgeschnitten worden ist. Wir werden aus der Verteilung der Blutspuren im Zimmer sehen können, ob ein Kampf stattgefunden hat, oder ob der Betreffende sich still hingesetzt und sich die Kehle durchschnitten hat und verblutet ist an der Stelle, wo er sich die Verletzung beibrachte. Wir werden ferner sehen: Fehlt das Instrument, mit dem die That verübt worden ist, oder ist es vorhanden? Ist es in der Nähe der Hand der Leiche? Es sind das alles Einzelheiten, welche zu berücksichtigen sind, und die hier auseinanderzusetzen bei der kurz zugemessenen Zeit zu weit führen würde. Aber ich muss darauf hinweisen, dass gerade bei Schnittverletzungen ebenso wie bei den Stichverletzungen und Hiebverletzungen — für diese gilt das ebenfalls, was ich hier gesagt habe — die Inaugenscheinnahme des Thatortes sehr wichtige Befunde liefert, die für die Beurteilung des ganzen Falles von eminentem Werte sind.

Handelt es sich um eine Halsschnittwunde, so werden wir aus der Richtung derselben Schlüsse ziehen können. — Es gilt als ein Axiom, welches im allgemeinen auch wirklich zutrifft, dass der Selbstmörder, der Rechtshänder ist, sich den Hals durchschneidet in der Richtung von links oben nach rechts unten, dass eine von rechts oben nach links unten verlaufende Halsschnittverletzung bei einem Rechtshänder im allgemeinen für Mord spricht, und dass eine quer verlaufende Halsschnittverletzung die Annahme eines Selbstmordes durchaus nicht unterstützt, sondern ebenfalls eher für Mord als für Selbstmord spricht. Es ist das ja ganz klar. Der Selbstmörder wird eben in der Weise, wie es ihm am bequemsten ist, das Messer ansetzen, er wird in der Gegend des linken Ohres beginnen und wird dann leise ziehend allmählich in die Tiefe dringen. Der Mörder wird in ganz anderer Weise auf sein Opfer schneiden, nämlich gerade umgekehrt, und so erklärt es sich, dass wir bei einer von rechts oben nach links unten verlaufenden Schnittverletzung die Wahrscheinlichkeitsdiagnose darauf stellen, dass sie durch einen Dritten zugefügt ist. Die Tiefe der Halsschnittwunde giebt uns ebenfalls gewisse Anhaltspunkte, ob es sich um einen Mord oder Selbstmord handelt. Eine tiefe Halsschnittwunde, in der mehrere Schnitte gemacht sind, die immer wieder vertieft sind, wie wir das an den einzelnen Schnitten, namentlich am Kehlkopf und an der Halswirbelsäule sehen können, würde im allgemeinen dafür sprechen, dass mit einer wilden Energie darauf los geschnitten ist; dieser Befund würde nicht die Annahme eines Selbstmordes zu unterstützen vermögen, sondern

wir würden gerade mit Wahrscheinlichkeit sagen können, dass es sich hier um einen Mörder handelt, der sein Opfer wehrlos gemacht und darauf immer wieder in die Wunde hineingeschnitten hat. Es sind allerdings auch Fälle bekannt, wo bis in den Canalis intervertebralis von Selbstmördern geschnitten worden ist. Das sind aber ganz exceptionell seltene Fälle, und soviel ich mich erinnere, sind es Fälle, wo es sich um geistig abnorme Individuen gehandelt hat, bei denen man also eine immerhin pathologische Energie voraussetzen kann. Mehrfache Schnittwunden, die regellos dem Körper zugefügt sind, erwecken den Eindruck, dass ein Dritter das betreffende Opfer zu treffen gesucht hat und es getroffen hat da, wo er es eben hat finden können, d. h. dass es sich da um durch einen Dritten zugefügte Schnittverletzungen handelt. Wenn wir aber multiple Schnittverletzungen finden, die, wohl überlegt, an Stellen beigebracht sind, wo wichtige Arterien verlaufen, werden wir mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen können, dass es sich um einen Selbstmörder handelt. So giebt es Fälle, wo wir etwa ein Dutzend selbstmörderischer Schnittwunden finden, an den beiden Radiales, an den beiden Ellenbogenarterien, an den beiden Schläfenarterien, am Halse, an den Füssen, an der Kniekehle, überall ist es versucht worden, und schliesslich führt denn doch der grosse Blutverlust, den alle diese Verletzungen zur Folge gehabt haben, zum Ziel, und der Betreffende stirbt. Es ist bemerkenswert, welch eine Energie ein Selbstmörder manchmal zu entfalten im stande ist.

Sehr interessant und wichtig sind noch die Verletzungen der Hände, welche wir neben anderweiten Schnittwunden vorfinden können. Sie erinnern sich, m. H., von Abwehrverletzungen gehört zu haben. Der Mörder greift sein Opfer an, das Opfer wehrt sich, es greift ihm in das Messer hinein, und so haben wir denn eine Gruppe von Handverletzungen, lappenartige Wunden oder einfache Schnittwunden an der Innenseite der Finger oder an der Innenseite der Hohlhand, welche dadurch entstanden sind, dass das betreffende Opfer seine Hand durch das Messer des Mörders gezogen hat. Das ist eine Gruppe von Handverletzungen, die wir als Abwehrverletzungen bezeichnen. Eine zweite Gruppe sind diejenigen — sie sind ziemlich selten — welche sich unterhalb der Fingernägel befinden. Sie entstehen dadurch, dass der Selbstmörder mit dem Messer sich die Haut spannt, bevor er schneidet, und dass er in der Aufregung in seine Fingerspitzen hineinschneidet. Eine dritte Gruppe giebt es noch, ich habe davon erst einen Fall gesehen. Es handelte sich da um einen Menschen, der in einen Laden ging, um sich etwas Wurst zu kaufen. Er liess den Verkäufer ruhig die Wurst abschneiden, und während jener beschäftigt war, ergriff er ein grosses Wurstmesser mit der rechten Hand am Griff und mit der linken Hand an der Spitze der Klinge und

schnitt sich mit beiden Händen selbst den Hals durch. Es fand sich eine Schnittwunde auf der inneren Seite der linken Hand, die eigentlich den Charakter der Abwehrverletzung hatte, nach dem, was ich eben mitgeteilt habe, die aber thatsächlich eine Schnittverletzung war, wie sie sich ein Selbstmörder beibringt, indem er in das Messer hineingreift und die Klinge als Griff mitverwendet.

Was nun die Hiebverletzungen anbetrifft, so wird der Effekt einer Hiebverletzung verschieden sein, je nach der Schwere des Instruments und der Kraft, die man hineinlegt, und ferner je nach der Richtung, aus welcher der Hieb erfolgt. Ich will einmal annehmen, der Hieb soll den Schädel treffen. Dann werden wir die Möglichkeit haben, dass der Hieb in tangentialer oder in mehr sagittaler Richtung auf den Schädel trifft.

Wenn er in sagittaler Richtung trifft, so wird da, wo die Schärfe des Hiebwerkzeuges einsetzt, ein Bruch entstehen, und nach vorn und nach hinten hin werden weitere Frakturen und Fissuren sich an diesen Bruch anschliessen. Wird das Hiebwerkzeug in tangentialer Richtung den Schädel treffen, so wird unter Umständen ein Teil des Schädels abgeschlagen werden können. Es giebt einen Fall, wo durch einen Hieb mit dem Infanteriesäbel ein Seitenwandbeinhöcker mit der darauf befindlichen Haut total abgeschlagen wurde. Trifft er nun nicht so peripherische Abschnitte des Körpers, sondern trifft er immer noch in tangentialer Richtung auf die Mitte des Schädels, so finden wir ebenfalls ausser der durch die Schärfe des Instruments selbst bewirkten Verletzung sich anschliessende Frakturen oder Fissuren, und das ist ein so bestimmtes Gesetz, dass man daraus recht wichtige Schlüsse ziehen kann. Ist nämlich der Schädel durch einen Hieb derart getroffen, dass ein Teil des Schädelgewölbes durch die primäre Hiebverletzung und die ausstrahlenden Frakturen wie eine Calotte abgesprengt ist, so wird ein zweiter Hieb den schon verletzten Schädel nicht abermals in dieser Weise zu verletzen vermögen; der Effekt des zweiten Hiebes wird vielmehr nur eine primäre Hiebverletzung sein und ausserdem ausstrahlende Frakturen, die aber dort aufhören, wo bereits als Effekt des ersten Hiebes Frakturen vorhanden sind. Das ist gerichtsärztlich von grosser Wichtigkeit, denn wir können, wenn wir auf diesem Gesetz fussen, feststellen, welche von mehreren Verletzungen zuerst ausgeführt ist, und das ist ja für die Frage — der Thäter sagt, er hat nicht angegriffen, und es ist durch die Umstände wahrscheinlich, dass das Gegenteil der Fall ist — von ganz eminenter Wichtigkeit. Ich habe hier einen Schädel mitgebracht (Fig. 1). Er rührt von einem uns allen bekannten Fall her. Er ist von der Frau Schulze, welche von Gönczi durch Beilhiebe ermordet ist. Sie sehen hier zwei Hiebverletzungen — ich werde den Schädel herumgeben —; aber nur an diese Verletzung, m. H., an diese parallel

dem Schläfenmuskelansatz verlaufende Hiebverletzung schliessen sich diejenigen Frakturen an, von denen ich soeben sprach. Die zweite Verletzung aber, die mehr in der Richtung der Kronennaht verläuft, hat auch nach der einen Seite hin, da, wo das Schädeldach intakt ist, eine ausstrahlende Fraktur, aber da, wo eine Verletzung bereits vorhanden ist, hier in der linken Schläfe, hört mit einmal die Fraktur auf. Deswegen können wir unbedingt sagen: zuerst von diesen beiden Hiebwunden ist die hier in der Richtung des Schläfenmuskelansatzes verlaufende zugefügt worden, und die zweite erst später.



Fig. 1.

Eine bekannte Hiebverletzung ist die Enthauptung. Ich möchte bei dieser Gelegenheit einmal die Frage aufwerfen und zu beantworten suchen: Ist die Enthauptung als ein Vorgang zu betrachten, welcher in Bezug auf die Euthanasie befriedigt oder nicht? Ich glaube, dass dies wohl der Fall ist. Man hat immer eingewendet, dass das Erhängen wohl angenehmer wäre für den Delinquenten, weil das Bewusstsein momentan geschwunden wäre. M. H., genau dasselbe lässt sich auch von der Enthauptung sagen. Auch bei der Enthauptung wird in dem Moment, wo die Arterien, welche zum Gehirn führen, getrennt sind, wo sie also ausser Kreislauf gesetzt sind, eine momentane Bewusstlosigkeit eintreten, und von einem allmählichen Erlöschen des Bewusstseins kann keine Rede sein. Es sind absolut dieselben Erwägungen, die mich zu dieser These führen, welche auch bezüglich des Erhängungstodes massgebend sind, und über die wir uns am nächsten Dienstag unterhalten werden. Auch da wird momentan die Blutzufuhr nach dem Gehirn abgeschnitten. Es tritt die momentane Bewusstlosigkeit ein. Ganz derselbe Vorgang ist auch bezüglich der Enthauptung vorhanden, denn hier haben wir einen momentanen Ausschluss des Gehirns von der Cirkulation, auch hier wird infolgedessen eine momentane Bewusstlosigkeit vorhanden sein, und der Betreffende wird, was vom humanen Standpunkt aus ja nur mit Genugthuung zu begrüssen ist, von dem, was nachher mit ihm geschieht, nichts mehr merken, sondern er wird in dem Moment eben wirklich tot sein.

Wenn wir uns nunmehr der Lehre von den Stichverletzungen zuwenden, so haben wir auch da wiederum eine Reihe von Momenten,

die nicht eigentlich medizinischer, sondern mehr kriminalistischer Natur sind, zu berücksichtigen, wenn wir feststellen wollen, ob es sich um Stichverletzung handelt, welche selbstmörderisch oder mörderisch beigebracht ist. Eine Stichverletzung, welche die Kleider durchdringt, wird im allgemeinen durch einen Dritten zugefügt, d. h. wird mörderisch sein. Eine Stichverletzung, welche beigebracht ist, nachdem vorsichtig die Kleidung beiseite geschoben ist, wird im allgemeinen das Produkt einer selbstmörderischen Handlung sein. Nun giebt es andere Stichverletzungen, bei denen die Kleidung zum Teil perforiert ist, zum Teil nicht. Wir haben es da mit solchen Stichverletzungen zu thun, welche eventuell dadurch zugefügt sind, dass das in der Tasche des Verstorbenen geöffnete Messer ihn während des Hinfallens verletzt, wobei seine Hosentasche durchstochen wurde, aber nicht mehr die eigentliche Hose, welche die Tasche bedeckte. Solche Umstände, m. H., sind bei der Deutung von Stichverletzungen sehr wohl zu berücksichtigen. Eine gruppenweise Anordnung von Stichverletzungen, fortwährende Stichelung der Herzgegend, Stichelung der Gegend der Halsschlagadern spricht für Selbstmord.

Wie sieht nun eine Stichwunde aus, und inwiefern dürfen wir aus Stichwunden Rückschlüsse auf die Instrumente machen, mit denen sie zugefügt wurden? Ein Taschenmesser, welches zum Stich benutzt wird, schneidet — das wissen wir alle, aber es muss bei dieser Gelegenheit noch einmal besonders betont werden — nur mit der Schneide. Der Effekt wird also sein, dass wir eine in dieser Weise gestaltete Stichverletzung (Zeichnung) von gewöhnlichen Taschenmessern bekommen, nur die Schneide schneidet eben von der Stelle, wo dis Spitze eingestochen wurde, der Rücken aber nicht. Die Haut wird, da sie elastisch ist, am meisten in der Mitte klaffen, weniger an den Rändern, und so erhalten wir stets mandelförmige Hautschlitze als Effekte einer mit einem gewöhnlichen einschneidigen oder einschärfigen Taschenmesser zugefügten Stichverletzung. Der Effekt eines Messers, welches zweischneidig ist, d. h. welches am Rücken und an der eigentlichen Schneide scharf ist, ist derselbe wie hier, aber hier schneiden zwei Schneiden, während wir soeben erkannten, dass nur eine Seite des Messers schnitt. Wir werden auch hier nur eine mandelförmige Hautöffnung bekommen. Nun kommen wir aber weiter. Ich nehme an, es wird jetzt mit einem Taschenmesser gestochen, welches einen geschärften Rücken hat, wo der Rücken, d. h. die den Rücken ausmachende Kante ausgehöhlt ist. Der Effekt wird eine Stichverletzung etwa von dieser Form sein (Demonstration), eine dreispitzige Hautwunde insofern, als wir jetzt thatsächlich drei Schneiden haben, die in die Haut hineingedrungen sind. Wir können dies Experiment noch weiter fortsetzen. Wenn wir mit vier geschärften Kanten stechen, werden wir eine vierzackige Wunde bekommen u. s. w.

Vergessen Sie nicht, m. H., dass jedes Ding ein Ende hat, also auch die Schärfe eines solchen Stechinstruments. Je mehr Kanten wir machen, um so fragwürdiger wird die Schärfe sein, und so wird es schliesslich darauf hinauskommen, dass wir ein Stechinstrument haben, dessen Kanten eine höchst wenig vollkommene Schärfe aufweisen. So kommen wir, wenn wir noch einen Schritt weiter gehen, zu den konischen stumpfen Instrumenten. Welche Form hat nun die Stichverletzung, wenn man sie mit konischen Instrumenten, die gar keine Schärfe und nur eine Spitze haben, etwa mit einem Eisenpfahl bewirkt? Eine runde Form oder eine schlitzförmige? Nun, m. H., es ist das Gesetz der Spaltbarkeitsrichtung der Haut, an das ich hier erinnern möchte. Dieses Gesetz besagt, dass wir stets in einer bestimmten Region des Körpers eine ganz bestimmte Spaltbarkeitsrichtung der Haut haben, und dass ein Stich, der mit einem konischen, runden, vorn zugespitzten Instrument zugefügt ist, jedesmal immer entsprechend der Spaltbarkeitsrichtung der Haut eine Wunde setzt, und diese Wunde hat ebenfalls wiederum diese schlitzförmige, mandelförmige Gestalt. Wir müssen uns also sagen: ein rundes Instrument, welches nur eine Spitze und gar keine Kanten oder scharfen Teile hat, welches nur mit seiner Spitze und dann weiter mit seiner Dicke in die Tiefe dringt, wird auch schlitzförmige Stichverletzungen hervorrufen. Nun, m. H., wir sollen uns dadurch nicht irre machen lassen an der Diagnose der Stichverletzungen. Wir müssen natürlich sehen: wie sind die Ränder einer solchen Stichverletzung beschaffen? Sie sind anders beschaffen als solche, die mit einem scharfen Instrument zugefügt worden sind. Sie sind uneben, stumpf, während die mit einem wirklich schneidenden Instrument zugefügten Verletzungen Ränder haben, welche scharf sind. Das ist ein sehr wichtiger Unterschied. In einem zweifelhaften Falle werden wir experimenti causa mit einem konischen Stachel neben der zu beurteilenden Verletzung in die Tiefe stechen und werden sehen, ob diese experimentell zugefügte Stichverletzung abermals eine Stichverletzung giebt, welche genau in derselben Richtung verläuft, wie die, deren Provenienz wir eben feststellen wollen, und ob sie auch sonst gleichartig ist.

Ich hatte vor einiger Zeit einen Fall gerichtsärztlich zu beurteilen. Eine Puella publica war von ihrem Liebhaber gestochen, so behauptete es eine liebe Freundin, die Wunde war vernarbt, und der Richter fragte mich, ob es möglich sei, dass diese Narbe, welche die Betreffende am Unterarm hatte, davon herrühren könnte, dass ihr eine spitze Thürklinke hineingefahren wäre. Indem sie nämlich, wie sie behauptete, sich einmal recht schnell aus der bückenden Stellung aufgerichtet hätte, sei ihr da die spitze Thürklinke hinein in den Unterarm gefahren, und sie habe so ihre Stichverletzung bekommen. Nun

ist es höchst unwahrscheinlich, m. H., wenn einem so etwas erzählt wird, aber schliesslich muss alles ernstlich widerlegt werden, und ich konnte selbstverständlich diese Angabe widerlegen, indem ich darauf hinwies, dass die Spaltbarkeitsrichtung der Haut an der betreffenden Stelle eine ganz andere wäre als die, welche durch einen vorn zugespitzten, aber im übrigen rundlichen Thürklinkengriff zugefügt sein sollte. Es wäre absolut unmöglich, dass dies der Grund sei. Die Narbe hätte in ganz anderer Richtung verlaufen müssen, wenn es sich da um eine nicht mit einem Stechinstrument, sondern mit der Thürklinke zugefügte Verletzung gehandelt hätte. So, meine ich, findet auch dieses Gesetz eine Anwendung, welche nicht uninteressant ist.

Wie verhält sich nun die Grösse der Wunde zur Grösse des Instruments? Entspricht die Entfernung von einem Pol der Wunde zum anderen ganz dem Querdurchmesser des stechenden Werkzeuges? Nun, m. H., wir müssen wissen, dass durchaus nicht ein einfacher Rückschluss möglich ist von der Länge der Wunde auf den Querschnitt des Instruments, sondern dass sehr wohl einmal, sei es, weil das Messer stumpf ist, sei es, weil die Haut elastisch ist, das Messer in die Tiefe dringt, und die Haut ausweicht, der Querschnitt der Wunde ein viel kleinerer ist als der Querschnitt des Messers. Ebenso müssen wir wissen, dass wohl einmal beim Herausziehen des Messers weiter geschnitten werden kann in der Richtung der Schneide, so dass eine grössere Wunde vorhanden ist, als thatsächlich dem Querschnitt des Messers entspricht. Ich meine, wir dürfen nicht einfach aus der Grösse der Wunde auf die Grösse des Messers abstrahieren oder, wie es hier einmal seitens eines Gerichtschemikers geschehen ist, von einer Photographie der Wunde auf die Grösse des Messers — und sagen: so gross ist die Wunde, so gross ist demnach das Messer. Das wäre grundverkehrt! Wir müssen vielmehr berücksichtigen, dass wir kritisch den Querschnitt des Messers und die Länge der Wunde zu vergleichen haben. Wir müssen wissen, dass letztere von der Stumpfheit oder der Schärfe des Messers, von der Messerführung und von der Elasticität der Haut abhängig ist.

M. H., die Verletzungen, welche an den inneren Organen durch Stiche hervorgebracht werden, sind ja nun ganz verschiedenartig, was ihre Wirkung anbetrifft. Ich habe hier nur vor, auf eine Stichverletzung besonders hinzuweisen, das sind die Veränderungen, welche durch Herzstiche hervorgerufen werden. Leute, welche einen Herzstich bekommen, sterben weniger daran, dass eine Blutung nach aussen in erheblicher Weise erfolgt, sondern dadurch, dass eine Blutung in den Herzbeutel erfolgt, deren Effekt eine Tamponade des Herzbeutels durch Blut ist. Wer viele derartige Stichverletzungen beurteilt hat, wird finden, dass bei allen immer Blut im Herzbeutel gefunden wird, und zwar findet sich manchmal ein vollkommener Ausguss des Herz-

beutels durch fest geronnenes Blut, und diese Raumbeengung des Herzens ist nachher die eigentliche Todesursache.

Als Verletzungen, welche durch stumpfe Gewalt zu stande kommen, haben wir Hautabschürfungen, Quetschungen, Riss- und Quetschwunden, Erschütterungen, Frakturen, Rupturen und Luxationen. M. H., ich will Sie damit nicht aufhalten, Ihnen das hier näher auszuführen. Ich will mich gleich in medias res begeben und will die Besprechung des Todes durch stumpfe Gewalt einteilen in Tod durch Sturz, Tod durch Ueberfahren und Tod durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche und will bei allen diesen drei Todesarten in möglichster Kürze die prägnantesten Punkte hervorzuheben suchen.

Bei dem Sturz haben wir zunächst den Verlauf zu berücksichtigen. Der Sturz kann erfolgen aus der Höhe, er kann erfolgen auf ebener Erde dadurch, dass der Betreffende umstürzt. Der Sturz von oben kann kompliziert werden dadurch, dass der Betreffende während des Herabstürzens aufschlägt auf hervorstehende Häuserkanten oder etwas Aehnliches. Der Sturz von der Höhe kann abgeschwächt werden in seiner Wirkung dadurch, dass der Betreffende auf einen Haufen Stroh oder dergleichen auffällt, oder dass es sich um eine Frau handelt, bei der die Wirkung des Falles abgeschwächt wird durch weite Kleider. Von den Verletzungen, welche bei dem Sturz aus der Höhe zu stande kommen, wollen wir zunächst einmal diejenigen der Haut besprechen. Es ist Thatsache, m. H., dass gerade die Hautverletzungen beim Sturz aus der Höhe ausserordentlich geringfügig sind. Das ist sehr merkwürdig. Auch beim Sturz aus vier Etagen Höhe haben wir oft gar keine Hautverletzung, zuweilen einige geringfügige Kontusionen, kaum mehr. Gelegentlich haben wir eine Hautverletzung, gelegentlich auch zwei Hautverletzungen, aber selten mehr. Das ist eine sehr bemerkenswerte Thatsache, so bemerkenswert, dass wir allein auf dieser Thatsache bereits wichtige Schlüsse basieren können. Ich hatte vor einiger Zeit einen Fall zu beurteilen, bei dem sich sieben Hautwunden am Schädel fanden und daneben mehrere Schädellochbrüche. Der Betreffende, der als Thäter in Frage kam, behauptete, der Verstorbene sei aus dem Wagen geschleudert worden, das Pferd sei durchgegangen. Ich konnte ihm ohne weiteres sagen auf Grund der Thatsache, dass beim Sturz allenfalls eine, zwei, aber niemals sieben Hautwunden am Schädel vorkommen, dass seine Angabe, dass da ein Sturz aus dem Wagen die Schuld trage an sieben Hautwunden am Schädel, nicht richtig wäre, dass sie sehr unwahrscheinlich wäre; das schliessliche Geständnis des Betreffenden, er habe den Verstorbenen durch Schläge ermordet, hat mir auch recht gegeben.

Was nun die Knochenverletzungen anbetrifft, die beim Sturz aus der Höhe vorkommen, so müssen wir drei Typen unterscheiden: der Sturz erfolgt auf den Kopf, der Sturz erfolgt auf das untere Körperende, oder der Sturz erfolgt so, dass der Körper horizontal aufschlägt. Wenn der Sturz auf den Kopf erfolgt, so wird der Schädel an einer vorspringenden Stelle, da, wo er zuerst aufschlägt, eingebogen werden und, m. H., nach dem Prinzip, wie eine Fensterscheibe, durch die man eine Pistolenkugel schiesst, oder durch die man einen Stein wirft, zerbricht, so werden wir auch den Schädel zerbrechen sehen, wenn es sich um einen solchen Sturz aus der Höhe handelt.

Diese Thatsache ist deshalb sehr wichtig, weil wir aus der Gestalt und Anordnung der Frakturen einen Rückschluss darauf ziehen können, welche Stelle des Schädels zuerst aufschlug. Ich habe mir erlaubt, aus der Sammlung der Unterrichtsanstalt für Staatsarzenei-

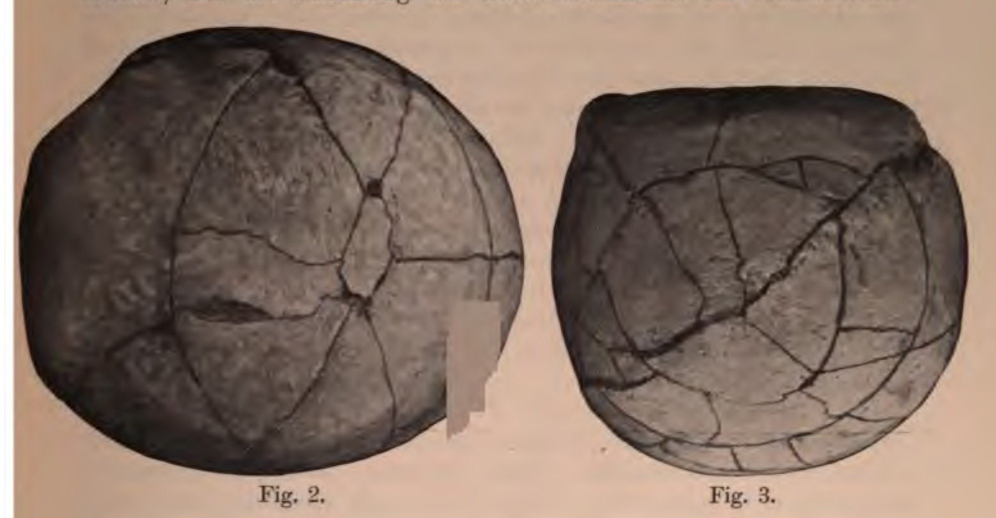


Fig. 2. Fig. 3.

kunde zwei Schädel mitzubringen (Fig. 2 u. 3). Wenn Sie diese Schädel betrachten, werden Sie ohne weiteres erkennen können, dass diese Linien hier die Frakturen sind, die der Schädel erlitten hat. Dieser Schädel ist zuerst aufgeschlagen an dieser Stelle, m. H. Wenn wir diese Stelle als Pol bezeichnen (Demonstration), so ziehen sich meridianwärts nach allen Seiten hin Sprünge, und äquatorialwärts sind diese Sprünge unter sich verbunden. Das ist ein Bild, wie es uns ein Globus ebenfalls darbietet, und ganz ähnlich verhält sich dieser zweite Schädel (Demonstration). Ich hätte Ihnen noch mehr mitbringen können, aber ich wollte bei der Kürze der Zeit nur recht typische Präparate besprechen. Sie sehen, wie von der Stelle, wo dieser zweite Schädel zuerst aufschlug, sich meridian- und äquatorialwärts zahlreiche

Sprünge finden, ganz so, wie in der vom Stein durchbohrten Fensterscheibe die Sprünge verlaufen.

Wenn es sich nun handelt um Knochenverletzungen, die zu stande kommen beim Sturz auf das untere Körperende, so werden natürlich Frakturen der Beine und des Beckens die Folge sein. Bei Sturz in horizontaler Lage werden sowohl Frakturen am Schädel als auch an den unteren Extremitäten und besonders am Becken die Folge sein, insbesondere aber werden hier auch Frakturen der Rippen zu stande kommen. Die Rippen brechen nun nicht da, wo sie auftreffen, sondern sie brechen gerade möglichst distal davon. Der Brustkorb ist eben ein anderes Gebilde als der starre Schädel, der ein Sphäroid darstellt. Der Brustkorb ist ein Cylindroid, und seine Elasticität hat ganz andere Gesetze als die des Schädels, deshalb frakturieren gerade distal von der auftreffenden Gewalt die Teile. Bei dem Sturz auf das untere Körperende kann eine Verletzung vorkommen, welche auch bei Sturz auf den Schädel beobachtet wird, und die darin besteht, dass die Wirbelsäule in die Schädelhöhle hineingetrieben wird. Rings um das Hinterhauptsloch herum werden wir da kreisförmige Frakturen finden, welche beweisen, dass Druck von oben oder von unten gegen das Schädelinnere so gewirkt hat, dass die Wirbelsäule gewissermassen in den Schädel hineingelangen konnte.

Eine sehr wichtige Veränderung bei Sturz von der Höhe sind die Rupturen der inneren Organe. Sie sind so wichtig, weil sie gerade immer, besonders was den klinischen Verlauf der Fälle anbetrifft, den Ausgang des Falles bedingen. Besonders möchte ich hier die Leberrupturen erwähnen, welche ja bekanntlich so besonders deletär wirken können.

Der Mechanismus bei dem Ueberfahren ist ein ganz anderer als der beim Sturz. Beim Ueberfahren haben wir zwei Gewalten, welche aufeinander wirken und den dazwischen liegenden Körperteil zu komprimieren suchen. Ausserdem wirkt die eine Gewalt noch tangential. Während wir beim Sturz ein System von Druck haben, wenn ich so sagen soll, einen Pol haben, von dem z. B. am Schädel die Frakturen ausgehen — so werden wir vermuten können, dass beim Ueberfahren gerade zwei verschiedene Systeme von Frakturen vorhanden sind, und dass eventuell sich diese beiden Systeme in der Mitte treffen, da, wo der Aequator liegt, und dass da ganz besonders breite erhebliche Diastasen vorhanden sind. M. H., das ist ja auch in manchen Fällen so. Es ist nicht immer so typisch, wie ich es Ihnen auseinandersetzte, aber ich hoffe, dass ich Ihnen das Prinzip klargemacht habe, und dass ich darauf hingewiesen habe in genügender Weise, dass der Mechanismus des Ueberfahrens ein ganz anderer ist als der des Sturzes aus der Höhe.

An charakteristischen Verletzungen haben wir beim Ueberfahren zwei, die eine ist das Décollement de la peau und das zweite sind die Radspuren. Unter dem Décollement de la peau verstehen wir bekanntlich Abhebungen eines Teiles der Haut im Bereich des Unterhautfettgewebes. Diese blindsackartigen Abhebungen können gefüllt sein mit Blut oder mit Lymphe. Jedenfalls sind sie als Produkt der tangential einwirkenden stumpfen Gewalt, welche die Haut im Bereich des Unterhautfettgewebes zerriss, anzusehen. Ebenso charakteristisch für das Ueberfahren sind selbstverständlich auch die Radspuren, die sich bei der Sektion nachher als ganz breite braunrote Vertrocknungen an der Leiche mit vitalen Reaktionen auf den darunterliegenden Geweben, Blutergüssen, Suffusionen u. s. w. präsentieren.

Was die Rupturen der inneren Organe beim Ueberfahren anbetrifft, so ist da besonders auf die Lungenrupturen hinzuweisen, welche durch die gerade beim Ueberfahren besonders zahlreichen Rippenbrüche verursacht werden.

Eine Todesart, welche mit dem Ueberfahrenwerden grosse Aehnlichkeit hat, ist die Kompression des Körpers zwischen einem vorüberfahrenden Wagen und einer Wand. Hier haben wir zwei Gewalten, welche auf den dazwischen liegenden Körper einwirken, die eine Gewalt wirkt tangential und sagittal, die andere rein sagittal. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir bei dieser Art von gewaltsamen Körperverletzungen besonders eine nicht seltene Komplikation erwarten dürfen: die Abreissung der Därme vom Mensenterium, die gerade bei derartigen Verletzungen nicht selten beobachtet wird und die zu einer vorsichtigen Stellung der Prognose veranlassen muss.

Was nun die Verletzungen durch stumpfe Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche betrifft, so haben wir bezüglich der Haut zuweilen charakteristische Verletzungen, charakteristisch insofern, als diese Hautverletzungen die Form des Instrumentes in charakteristischer Weise wiedergeben. Ich erinnere hier an die Fusstritte, wo der Hacken sich auf der Haut abhebt und bei der Sektion nachher als Vertrocknung in bekannter Hackenform oder Hufeisenform imponiert. Ich erinnere an die Stockschläge und an die Rutenhiebe. Die Stockschläge imponieren bei der Sektion als bandförmige Blutausscheidungen unter der Haut, die Rutenhiebe imponieren als reiserartig verzweigte Suffusionen in der Haut. Sie sind ebenso, wie die Stockhiebe, unter Umständen deletär, wenn sie massenhaft vorhanden sind, und wenn sie dem kleinen Organismus die nötige Blutmenge entziehen.

Bisse von Menschen, Bisse von Pferden, Hundebisse geben ebenfalls charakteristische Verletzungen auf der Haut. Namentlich sind die Verletzungen durch Bisse der Hunde gekennzeichnet dadurch, dass wir da Verletzungen finden, ähnlich, wie ich sie vorhin bei der

Besprechung der Stichverletzungen charakterisierte. Hier wird ebenfalls durch die spitzen Schneidezähne der Hunde ein Stachel in die Haut eingedrückt, und wir haben keine eigentlichen Bissverletzungen, sondern Verletzungen von dem Charakter der Stichverletzungen, die entsprechend der Spaltbarkeitsrichtung der Haut verlaufen. Neben diesen reinen Stichverletzungen werden dann die charakteristischen Eindrücke der übrigen Zähne resp. deren Vertrocknungen noch an der Leiche vorhanden sein. Neben Hundebissen werden wir ferner, wenn es sich um schwere Angriffe der Tiere handelt, häufig auch eigenartige parallele Vertrocknungen am Körper finden, braunrote Vertrocknungen, welche von den Hundekrallen herrühren.

Sehr interessant sind nun die Schädelverletzungen, welche wir bei der stumpfen Gewalt mit umschriebener Angriffsfläche vorfinden. Wir haben hier zunächst einfache Lochbrüche, wie sie z. B. dadurch zu stande kommen, dass ein Hammer auf den Schädel einwirkt und ein mehr oder weniger viereckiges Stück aus dem Schädel ausschlägt; von einem solchen Lochbruch können dann wiederum Brüche ausstrahlen. Wir haben dann Terrassenbrüche, welche dadurch charakterisiert werden, dass an einer Stelle eine besonders tiefe Depression des Knochens erfolgt, und dass von dieser tiefsten Tiefe aus allmählich das Niveau der Depression wieder ansteigt, dass also gewissermassen eine Terrasse zu stande kommt, eine amphitheatralische Erhebung des Knochens. Die Ursache eines derartigen Terrassenbruchs ist immer, dass die betreffende Gewalt nicht gerade sagittal auf den Schädel einwirkt, sondern dass sie mehr von der Seite schräg einwirkt, und dann werden wir auf derjenigen Seite das tiefste Niveau der terrassenförmigen Depressionsfraktur bekommen, von welcher Seite her die Gewalt auf den Schädel einwirkte. Wir werden also, wenn wir solche Terrassenbrüche haben, sagen können: von der Seite her, wo die tiefste Stelle der Terrasse ist, sind auch immer die Hiebe gekommen und nicht von der anderen Seite her. Das ist ja eine sehr wichtige Schlussfolgerung.



Fig. 4.

Dann, m. H., haben wir noch Frakturen, welche die Instrumente bis zu einem gewissen Grade ihrer Gestalt nach wiedergeben und wo das Instrument die Fraktur geformt hat, ich nenne solche Brüche: geformte Brüche. Ich zeige Ihnen hier zwei durch sog. Todschläger verursachte Schädelverletzungen vor, wo die Angriffsfläche des Instruments ganz deutlich aus der Form der Fraktur ersichtlich ist (Fig. 4).

. Das Gehirn zeigt sowohl einfache Kontusionen, leichte Blutungen der Hirnrinde, als auch, wenn es sich um komplizierte Brüche handelt, vollkommene Hirnquetschwunden.

Ich hatte vor einiger Zeit den Fall zu beurteilen, ob eine Schussverletzung, welche ein junger Mann erlitten hatte, aus der Nähe oder aus der Ferne zugefügt war. Die Grundlagen, welche mir für diese Beurteilung zur Verfügung standen, waren ausserordentlich gering. Aus dem Sektionsprotokoll war nichts zu entnehmen, um so weniger, als die Sektion erfolgte, nachdem die betreffende Leiche exhumiert worden war. Ich musste die Frage offen lassen.

Wir fragen uns nun — und das geht auch gerade an Sie, m. H., als Vertreter der Medizin in der Praxis — worauf ist zu achten bei Besichtigung einer Leiche mit einer Schussverletznng? Sie können uns Gerichtsärzten sehr häufig die wichtigsten Fingerzeige geben für den Weg, den wir nachher bei unseren Untersuchungen zu gehen haben, denn Sie werden in der Regel eher als wir zu derartigen Fällen hinzugerufen.

Wenn wir Einschussöffnungen betrachten, so finden wir zunächst, dass dieselben kleiner, aber auch ganz erheblich grösser als das Geschoss sein können, dann nämlich, wenn die Schusswaffe nahe der Haut aufgesetzt worden war, und wenn die Pulverladung innerhalb der Haut explodierte. Zuweilen sind dann lappen- oder sternförmige Wunden vorhanden. Wir können daraus den Schluss ziehen, dass das Instrument sehr nahe bei der Haut abgefeuert ist. Eine Schwärzung des Unterhautfettgewebes wird uns weiter sagen, dass gerade auch der Pulverschmauch und das unverbrannte Pulver innerhalb des eigentlichen Schusskanals abgelagert sind. Um das Loch herum finden wir einen vertrockneten kleinen Saum, der gewöhnlich noch in einen breiteren Saum übergeht. Dieser feine Saum um das Loch rührt davon her, dass die Kugel die Haut perforiert und in der Umgebung dieser Durchbohrung die Epidermis abtrennt. So kommt, nachdem die Feuchtigkeit der Cutis verdunstet ist, der Kontusionsring um die Einschussöffnung herum zu stande.

Wenn nun das Geschoss von unserem gewöhnlichen schwarzen Pulver getrieben wurde, so wird die Pulverflamme auch charakteristische Effekte hinterlassen: die Haut wird verbrennen. Als Wirkung der Verbrennung ist rings um den Einschuss herum in unmittelbarer Umgebung des Kontusionsringes ein Brandsaum vorhanden, an der Leiche als eine mehrere Millimeter breite braunrote Vertrocknung in die Erscheinung tretend. Die Länge der Pulverflamme entspricht ungefähr der Länge des Laufes der Schusswaffe. Hiernach ergiebt es sich, dass bei weiter entfernt gehaltener Schusswaffe ein Brandsaum fehlen muss.

Befanden sich Haare auf der verbrannten Haut, so werden auch

sie Verbrennungseffekte aufweisen, sie werden gekräuselt erscheinen, ihre Farbe wird in Gelbbraun verändert sein, wenn sie nicht infolge völliger Verkohlung schwärzlich ist. Mikroskopieren wir derartige Haare, so finden wir an den verkohlten Partien schwarzbraunen amorphen Detritus, an den gelblichen Abschnitten aber Luftblasen, die so zahlreich sein können, dass eine Volumzunahme des Haarschaftes, eine kolbige Anschwellung dadurch erfolgen kann. Auch wenn makroskopische Veränderungen am Haar nicht sichtbar sind, wird man aus dem Befunde vereinzelter Luftblasen in der Nähe des Einschusses doch den Schluss ziehen können, dass die Hitze der Flamme auf das Haar eingewirkt hat, mit anderen Worten, dass ein Nahschuss vorliegt.

In der Umgegend des Brandsaums finden wir häufig schwarze Körner eingestreut, unverbrannte Pulverkörner, welche in der Haut festliegen, so dass sie nicht mehr weggewischt werden können. Endlich finden wir in der Umgegend auch noch einen schwärzlichen Schleim auf der Haut, der beweist, dass der Schuss so nahe abgefeuert wurde, dass der Pulverschmauch sich auf der Haut niederschlagen konnte.

Nun will ich versuchen, Ihnen die Effekte eines Fern- und eines Nahschusses an einigen Beispielen zu erläutern. Ich nehme einmal an, dass der Schuss abgefeuert wurde, während die Waffe unmittelbar auf die Haut aufgesetzt wurde. Wir werden jetzt zunächst eine Verbrennung der Haut vermissen, ebenso auch Haarverbrennungen, desgleichen Pulvereinsprengung und Pulverschmauch. Wir werden immer nur ein mehr oder weniger grosses Einschussloch und einen Kontusionsring vorfinden. Schmauch, Pulvereinsprengung und eventuell als Effekt der Flamme CO-haltiges Blut werden wir im Innern des Schusskanals vermuten dürfen.

Wurde der Schuss in etwa 3—4 cm Entfernung von der Haut abgefeuert, so sind Einschussöffnung, Kontusionsring, Brandsaum, Pulvereinsprengung und Pulverschmauch auf der Haut nachzuweisen.

Bei Abgabe des Schusses in etwa $^1/_2$ m Entfernung fehlen die Effekte der Flamme; Einschussöffnung, Kontusionsring, Pulvereinsprengung und Pulverschmauch werden aber vorhanden sein.

In etwa 1 m Entfernung werden wir, abgesehen von Einschussöffnung und Kontusionsring, noch Pulvereinsprengung finden und daneben auch noch etwas Pulverschmauch. Wenn wir mit dem gewöhnlichen Revolver in 2 m Entfernung schiessen, werden wir auch noch einzelne Einsprengungen haben, aber sehr wenig oder so gut wie gar keinen Pulverschmauch. Sie sehen, es sind verschiedene Variationen möglich, die etwas Gesetzmässiges an sich haben.

Was den Schusskanal betrifft, so wird ja gewöhnlich ein gerader Schusskanal vorliegen, aber die Kugel kann auch an Knochen, welche hart sind, auf ihrem Wege abprallen und dann einen winkligen

Schusskanal produzieren. Es sind da auch die verschiedensten Variationen möglich. Wichtig ist aber, dass wir aus der Form der Knochenwunden an platten Knochen, z. B. an dem Schädelknochen, allein schon die Diagnose stellen können darauf, in welcher Richtung der Knochen durchschossen wurde, d. h. welcher von zwei am Schädel vorhandenen Lochschüssen der Einschuss und welcher der Ausschuss ist. Ich habe hier einen Schädel mitgebracht, der diese Einschuss- und Ausschussöffnung zeigt, wie Sie sehen. Das Prinzip, auf Grund dessen wir die Diagnose des Ein- und Ausschusses vornehmen können, ist ein einfaches. Es ist das Prinzip des über das Knie gebogenen Stockes. Wenn Sie einen Stock nehmen und über das Knie biegen, so werden Sie finden, dass die Stelle des Stockes, welche am meisten distal gebogen wird, am ehesten einbricht, weil sie am meisten eingebogen wird, und die Stelle, welche unmittelbar ihrem Knie anliegt, wird weniger brechen. Hier an diesem Präparat sehen Sie, dass das Prinzip auch auf die Form der Schusswunden an platten Knochen anwendbar ist: an derjenigen Stelle dieses Knochens, wo die Kugel von innen dagegen geprallt ist — hier an der Tabula interna — ist der Effekt eine Fissur, ein einfacher kleiner Sprung. Aber den Beweis dafür, dass die von der Kugel gar nicht berührte Tabula externa viel weiter eingebogen wurde als die von der Kugel berührte Tabula interna, liefert uns hier dieser vierstrahlige Stern, der anzeigt, dass es sich um eine sternförmige Fissur handelt gegenüber der einfachen Fissur an der Tabula interna. Wir werden also sagen müssen, beim Einschuss werden wir eine kleinere Verletzung an der Tabula externa haben als an der Tabula interna, und beim Ausschuss werden wir eine kleinere Verletzung an der Tabula interna haben als an der Tabula externa. Das ist, glaube ich, ganz klar. Nun, m. H., dass lässt sich auf Rippen und auf andere platte Knochen ohne weiteres übertragen.

Wenn wir dann noch der Effekte der hydrodynamischen Pressung mit wenigen Worten, was die Schädelhöhle anbetrifft, gedenken wollen, so habe ich Ihnen mitzuteilen, dass isolierte Frakturen im Orbitaldach vorkommen können. Das Orbitaldach ist ja ein sehr schwacher Teil der Schädelbasis, und die Knochen erliegen dort einem Druck im Schädelinnern sehr leicht. Deshalb werden wir hier Frakturen, welche isoliert vorhanden sind, und welche weder mit dem Einschuss noch mit dem Ausschuss irgend einen Zusammenhang haben, erwarten dürfen. Diese Frakturen kommen also zu stande durch die plötzliche Vermehrung des intracraniellen Druckes.

Ein anderer Effekt der hydrodynamischen Pressung sind die Mittelohrblutungen, welche wir bei den Schädelschüssen haben. Ein weiterer Effekt sind Rückenmarksblutungen, die ebenfalls ihre Erklärung dadurch finden, dass die Druckvermehrung des Schädels sich

auf das Rückenmark fortsetzt und dort Gefässzerreissungen und Blutungen in die Rückenmarkshäute bewirkt.

Der Ausschuss an der Haut ist nicht charakteristisch, er präsentiert sich in der Regel als eine einfache unregelmässige, nicht sehr ausgedehnte Zusammenhangstrennung.

Was nun die Lage des Einschusses anbetrifft, so wissen Sie selbst: eine typische Lage hat der Schuss beim Selbstmord, eine im allgemeinen atypische Lage beim Mord. Der Selbstmörder wird seine Kleidungsstücke sorgfältig beiseite schieben. Es wird, wenn er nicht das Herz wählt, die Schläfen nehmen, die rechte Schläfe oder die linke Schläfe, je nachdem er mit der rechten oder linken Hand operieren will. Der Mörder dagegen wird sich nicht so wählerisch zeigen in der Auswahl der Einschussstelle.

Das rauchschwache Pulver unterscheidet sich von unserem gewöhnlichen Pulver dadurch, dass eine Pulverflamme nicht vorhanden ist, dass also die Effekte der Pulverflamme fortfallen. Sonst aber sind die Effekte des Schusses ungefähr dieselben, wie ich sie auseinandergesetzt habe.

Tod durch gewaltsame Erstickung und abnorme Temperatur.

Fünfter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin",
gehalten am 25. Februar 1902

von

Dr. G. Puppe,
Gerichtsarzt, Privatdozent.

Mit 7 Abbildungen im Text.

M. H.! Erstickung heisst Aufhebung des respiratorischen Gaswechsels. Von den beiden Vorgängen, welche den respiratorischen Gaswechsel bedingen, der Sauerstoffaufnahme und der Kohlensäureausscheidung, ist für die Erstickung das Wesentlichste die Veränderung der Sauerstoffaufnahme. Der Begriff der Erstickung ist aus diesem Grunde ein ausserordentlich weiter. Wir verstehen unter Erstickung in diesem weiten Sinne nicht nur die Störungen im Mechanismus der äusseren Atmung, sondern auch die Störungen in der inneren Atmung. Unter den Störungen im Mechanismus der äusseren Atmung verstehen wir die gewaltsamen Erstickungen, das Erhängen, Erwürgen, Erdrosseln, Ertränken und die anderen Arten der gewaltsamen Erstickung, auf die wir nachher zu sprechen kommen werden. Wir verstehen weiter unter Störungen im Mechanismus der äusseren Atmung auch diejenigen krankhaften Prozesse, welche, wie die Lungenentzündung, die Bronchitis und ähnliche krankhafte Prozesse, die Lunge direkt an der Atmung verhindern, indem sie die respirierende Fläche mehr oder weniger erheblich einschränken. Unter die Störungen in der inneren Atmung, welche wir ebenfalls als Erstickung auffassen, rechnen wir zunächst die Anomalien in der Blutzusammensetzung. Manche Vergiftungen, z. B. Kali chloricum-Vergiftungen oder Kohlenoxydvergiftungen, gehören hierher, weil sie das Blut in einer so enormen Weise verändern, dass es atmungsunfähig wird. Ferner rechnen wir hierher die Störungen der Blutbewegung, wie sie durch verschiedenartige krankhafte Prozesse zustande kommen. Ich erwähne als den wichtigsten Krankheitsprozess hier die Herzparalyse, welche momentan die Cirkulation sistieren lässt und dadurch einen weiteren

respiratorischen Gaswechsel verhindert. Ich erwähne hier weiter die chronischen Anämien, welche mit einer Blutverarmung des ganzen Körpers einhergehen, ich erwähne weiter auch die akute Anämie, die Verblutung, bei der die Blutmenge so erheblich vermindert wird, dass eine ausgiebige innere Atmung nicht zu stande kommen kann. Ich erwähne ferner Zustände, wie die Embolien, welche, plötzlich das Lumen der Lungenschlagader verstopfend, eine so schwere Schädigung im Kreislauf hervorrufen, dass ein respiratorischer Gaswechsel auch hier vollkommen verhindert wird.

Alles das rechnen wir also im weiteren Sinne unter den Begriff der Erstickung. Die Berechtigung, dieses zu thun, haben wir, abgesehen von diesen rein theoretischen Erörterungen, welche ich Ihnen eben vorgetragen habe, auch daher, dass die erwähnten Todesarten hinsichtlich ihrer Erscheinungen vieles miteinander gemein haben.

Eine Erstickung geht vor sich in vier Stadien. Das erste Stadium ist das Stadium der Dyspnöe, das zweite Stadium ist das der Konvulsionen, dann kommt das dritte Stadium, die Atempause, und das vierte, die terminalen Atembewegungen. Ein Individuum, welches in voller Gesundheit schnell durch irgend eine gewaltsame Behinderung seiner Atmung erstickt, wird diese vier Stadien im allgemeinen deutlich und gut zu erkennen geben. Ein Individuum, welches schwach ist, dekrepide und blutleer, wird diese Stadien, die ich Ihnen eben hier bezeichnete, nicht mit Deutlichkeit zu erkennen geben, es wird ein Stadium mehr oder weniger verschwinden, und wir werden nur gewisse Bestandteile dieser vier Stadien erkennen können, wenn wir den Tod eines solchen alten, schwachen, abgematteten Individuums beobachten. Aber wenn wir genau zusehen, werden wir gewisse Bestandteile dieser Skala: Dyspnöe, Konvulsionen, Atempause, terminale Atembewegungen, immer wieder beim Sterben vorfinden. Ich möchte z. B. an den Verblutungstod erinnern: dieser ist charakterisiert für den, der ihn genau beobachtet, besonders durch die sogen. Verblutungskrämpfe, das sind die Krämpfe, welche durchaus konform sind den Konvulsionen, welche wir gewohnt sind als zweites Stadium zu betrachten. Ich bitte Sie ferner, sich an die Herzparalyse erinnern zu wollen: der Herzschlag hört auf, die Dyspnöe setzt ein, die Konvulsionen kommen, die terminalen Atembewegungen beenden die Scene, nachdem noch eine Atempause stattgefunden hat.

M. H., Sie als praktische Aerzte haben sicher schon manchen Patienten sterben sehen, und ich meine, wenn ich Ihnen das sage, so wird Ihnen vieles, was Sie am Krankenbett beobachtet haben, wieder ins Gedächtnis zurückkommen. Ich möchte da auf eins hinweisen. Gerade das Volk hat gewisse Punkte aus dem Sterben, aus diesen Erstickungserscheinungen längst zu den seinigen gemacht. Es hat erkannt, dass da bei dem Sterben etwas vorgeht, was mehr oder weniger

miteinander Aehnlichkeit hat. Ich möchte darauf hinweisen: das Volk sagt, wenn einer gestorben ist: er hat seinen letzten Atemzug gethan. M. H., dieser „letzte Atemzug“, das sind die terminalen Atembewegungen, die wir als letztes Stadium des Erstickungstodes erkannt haben.

Wir haben, abgesehen von diesen mehr klinischen Erscheinungen, welche dem Erstickungstode als solchem zukommen, auch noch auf den Sektionsbefund beim Ersticken einzugehen. Ich möchte hier aber sagen, dass ich auf diese sogen. Erstickungserscheinungen an der Leiche nicht so viel Wert legen möchte. Die Erscheinungen, die die Autopsie bei Erstickten bietet, sind recht wenig konstant. Ich erwähne sie aber hier, weil gerade die alte gerichtliche Medizin darauf so ganz besonderen Wert gelegt hat. Wir rechnen darunter zunächst die Cyanose des Gesichts. Das Gesicht soll violett oder blaurot gefärbt sein, und thatsächlich trifft dies auch bei einer grossen Anzahl von Fällen, namentlich wenn es sich um eine langsame oder chronische Erstickung handelt, zu. Sie erinnern sich, m. H., an Fälle von Herzfehlern, namentlich von kongenitalen Herzfehlern, Fälle von Blausucht, bei denen wir thatsächlich infolge dieser mehr chronischen Erstickung eine direkte Cyanose des Gesichtes feststellen können. Sie erinnern sich weiter, dass Sie wohl auch bei einer ganzen Reihe von Fällen, die erstickt sind, Hautblutungen gesehen haben. Auch hier würden wir immer von den Hautblutungen daraufhin schliessen können, dass es sich hierbei ebenfalls um einen mehr subakuten, allmählichen Erstickungstod handelt, und keine im eigentlichen Sinne akute Erstickung.

Die Blutbeschaffenheit soll flüssig sein bei der Erstickung. Nun, das ist bis zu einem gewissen Grade richtig bei der gewaltsamen Erstickung. Die gewaltsame Erstickung trifft in der Regel Leute in vollster Gesundheit, ohne dass eine Krankheit vorangegangen wäre. Da werden wir auch stets flüssiges Blut erwarten dürfen. Wenn die Leute ersticken im Krankenbett nach langem Krankenlager, dann werden wir im allgemeinen recht viel speckige Gerinnsel und geronnenes Blut, nicht mehr flüssiges Blut erwarten müssen. Das hat natürlich seine Gründe. Diese Blutgerinnung rührt davon her, dass die Betreffenden eine mehr oder weniger starke Leukocytose, eine Bereicherung des Blutes an weissen Blutkörpern, gehabt haben, und diese liefern ja bekanntlich das Ferment für die Gerinnung. Ist das Blut leukocytenarm, hat es so viel Leukocyten, wie es auch de norma immer enthalten soll, dann werden wir eine speckige Beschaffenheit der Gerinnsel nicht erwarten können, dann ist das Blut eben flüssig. Wir können es wohl als eine Norm hinstellen: bei plötzlichen Todesfällen, welche die betreffenden Individuen in vollster Gesundheit getroffen haben, ist das Blut flüssig, bei Todesfällen, die

das Individuum getroffen haben nach mehr oder weniger langer, mit Leukocytose einhergehender Krankheit, ist das Blut gewöhnlich geronnen. Wir Gerichtsärzte obduzieren meist Leute der ersten Kategorie; wir finden in der Regel flüssiges Blut. Wenn Sie die Sektionen in Krankenhäusern mit angesehen haben, werden Sie sich gewundert haben, wenn Sie einmal flüssiges Blut getroffen haben; da werden Sie sich fast immer überzeugt haben, dass thatsächlich das Blut, das Sie bei Sektionen sehen, grossenteils speckig geronnen war.

Ein anderes Symptom des Erstickungstodes sind die Hyperämien, namentlich die Hyperämie der Lunge. Man hat da verschiedene Theorien aufgestellt. Donders hat eine Theorie aufgestellt, die darauf hinausgeht: wenn die Erstickung einsetzt, so etabliert sich im Thorax ein Minusdruck, und infolgedessen dringt das Blut nach dem Thorax hin, und so werden die Lungen hyperämisch, und er hat gesagt, mit aus diesem Grunde müsse man eine Hyperämie der Lunge als ein Symptom des Erstickungstodes ansehen. Skrzeczka hat diese Theorie erweitert und ergänzt. Die Hyperämien werden wir finden, aber auch vermissen können. Es ist ein Symptom, wie wir es namentlich bei den gewaltsamen Erstickungsarten, bei denjenigen Arten der Erstickung, wo wir recht genau die einzelnen Symptome erwarten sollten, also beim Erhängen, Erwürgen u. s. w., manchmal finden, aber auch manchmal vermissen. Es ist ein Symptom, welches nicht konstant ist, und auf das wir weiter nichts geben sollen. Die subserösen Ekchymosen, die Ekchymosen unter dem Pericard und unter der Pleura hat man ebenfalls früher, namentlich zu den Zeiten Tardieu's, für ein äusserst wichtiges Zeichen des Erstickungstodes angesehen und hat sogar so viel darauf gegeben, dass man auf den Befund von Tardieu'schen Flecken, d. h. von subserösen Ekchymosen, die Diagnose stützen wollte: es handelt sich um gewaltsame Erstickung, und wenn die Flecken fehlten, sagte man: hier liegt keine gewaltsame Erstickung vor. Das war viel zu weit gegangen! Man hat sich überzeugt, dass die subserösen Ekchymosen sich bei allen möglichen Krankheitszuständen finden, und dass sie bei allen möglichen Krankheitszuständen, wo man sie erwarten zu sollen glaubte, gefehlt haben. Man hat sich heutzutage dahin schlüssig gemacht, dass man den subserösen Ekchymosen, ebenso wie den Hyperämien und anderen Zeichen des Erstickungstodes, von denen ich eben gesprochen habe, nicht erheblichen Wert beilegt, dass man sie beobachtet, dass man aber Schlüsse irgendwie erheblicher Art aus ihrem Bestehen nicht zieht.

Wenn nun alle diese letzterwähnten Befunde, die wir bei der Sektion erheben konnten, auch inkonstant sind, so müssen wir doch sagen, der Begriff der Erstickung ist ein so weiter, dass es eigentlich keine Todesart giebt, die wir nicht unter den Begriff der

Erstickung subsummieren könnten. Wir müssen weiter sagen: diese begriffliche Zusammengehörigkeit wird klinisch bewiesen durch die Erscheinungen des Sterbens, den Schluss der Agone, die stets ganz oder teilweise sich auf das Schema der Erstickung zurückführen lassen, und wir müssen drittens sagen: auch der pathologisch-anatomische Befund unterstützt bis zu einem gewissen Grade die Annahme einer Erstickung als des steten modus moriendi. Wir können also erklären: Sterben und Ersticken sind bis zu einem gewissen Grade überhaupt identische Begriffe, und jeder Sterbende wird schliesslich in letzter Linie ersticken.

Wir wollen uns nun heute nicht mit diesen allgemeinen Betrachtungen weiter befassen, sondern wir wollen gleich in medias res gehen und uns mit den gewaltsamen Erstickungen, und zwar zunächst mit dem Strangulationstode befassen.

Was heisst Strangulation? Was ist die Erklärung des Wortes? Strangulation heisst: Zusammenschnürung der Kehle, constringere gulam. Wir unterscheiden drei Arten des Strangulationstodes: das Erhängen, das Erwürgen und das Erdrosseln. Bei dem Erhängen zieht die Schwere des eigenen Körpers das Strangulationsband zusammen, bei dem Erdrosseln zieht die Hand des Mörders oder des Individuums selbst das Strangulationsband zusammen, so dass der Tod eintritt. Bei dem Erwürgen fehlt das Strangulationsband, und die Hand allein zieht die Kehle zusammen, so dass ein Luftabschluss eintritt. So lassen sich Erhängen, Erdrosseln und Erwürgen voneinander unterscheiden.

Was zunächst das Erhängen betrifft, so giebt es wohl wenige Band- und ähnliche Werkzeuge, die nicht bereits als Strangulationswerkzeuge bei dem Erhängungstode ihre Verwendung gefunden haben. Ich denke hier gerade an einen Totenkranz aus Draht, der auseinandergezogen und als Strangulationswerkzeug benutzt wurde. Ich denke an eine Kette, mit der man gewöhnlich das Vieh im Stalle anzubinden pflegt, die ebenfalls als Strangulationsband Verwendung gefunden hat. Dass selbstverständlich Taschentücher, Bindfäden der verschiedensten Art, Halstücher, Hosenträger, Waschleinen u. s. w. als Strangulationsbänder verwendet werden, das ist ja eine Sache, die zu bekannt ist, als dass ich noch darauf weiter eingehen sollte.

Ich möchte hervorheben, dass eine cirkuläre Umschnürung des Halses, um einen Erhängungstod zu stande zu bringen, nicht nötig ist, dass also ein sogenannter laufender Knoten in der Schlinge, die um den Hals gelegt wird, überflüssig ist, sondern es ist nur notwendig, dass ein Teil des Vorderhalses in eine sogenannte offene Schlinge hineingelegt wird, so dass die Cirkulation und die Luftzufuhr

zu den Lungen unterbrochen wird. Aus diesem Grunde ist es auch nicht nötig, dass der sich Erhängende frei in der Luft suspendiert ist, so dass seine Füsse nicht den Boden berühren, sondern es genügt auch, wenn eben nur der Vorderhals bis zu einem gewissen Grade komprimiert ist; wenn die Füsse auch dabei den Boden berühren, das ist einerlei. Man hat es erlebt, dass Erhängungen vorgekommen sind in ganz niedrigen Räumen, wo die Betreffenden in fast liegender Stellung sich befanden.

Ausser diesem laufenden Knoten und der offenen Schlinge, die ich eben erwähnte, kommen nun noch vor die Achtertour, bei der das Strangulationswerkzeug von oben kommt, einmal ganz cirkulär um den Hals gelegt wird und dann auf der anderen Seite wieder nach oben geht. Es kommen ferner vor mehrere Umschlingungen, kurz und gut, es können die allerverschiedensten Variationen der einfachen Schlinge vorkommen.

Was die Erscheinungen des Erstickungstodes anbetrifft, so möchte ich diese streng in zwei Gruppen sondern, erstens in die Bewusstlosigkeit und zweitens in die eigentlichen Erscheinungen des Erstickens. Die Bewusstlosigkeit ist keine eigentliche Erstickungserscheinung. Sie haben vorhin, als ich Ihnen die Skala der Erstickungserscheinungen auseinandersetzte, nichts von Bewusstlosigkeit gehört. Die Bewusstlosigkeit ist aber eine für das Erhängen ganz specifische Erscheinung, und sie ist von den übrigen Erstickungserscheinungen zu sondern. Sie kommt zu stande dadurch, dass das Strangulationswerkzeug im Moment der Suspension die Blutzufuhr zum Gehirn abschneidet; das Gehirn ist momentan in momento suspensionis ausser Cirkulation gesetzt. In diesem Moment tritt die Bewusstlosigkeit ein. Wir müssen daran denken, dass ja gewiss das Gehirn nicht nur durch die beiden Carotiden Blut erhält, sondern dass auch die Vertebrales einen Teil des Gehirns mit Blut versorgen, und dass zwischen dem ersten und zweiten Halswirbel auch wohl einmal da, wo kein Knochen den Canalis intervertebralis deckt, eine Einschnürung der Arteria vertebralis durch ein Strangulationswerkzeug erfolgen kann. Aber Sie haben von mir gehört, dass es ja gar nicht nötig ist, dass das Strangulationswerkzeug direkt um den Hals herum verläuft, sondern dass es genügt, wenn es um den Vorderhals herum verläuft, und dass dann auch der Tod eintritt, da der Effekt der nämliche ist. Nun, wir werden uns das in der Weise erklären müssen, dass die Vertebrales ja einen relativ kleinen Teil des Gehirns mit Blut versorgen, und dass der Hauptteil des Gehirns von den Carotiden versorgt wird, so dass der Effekt einer Abschnürung allein schon der Carotiden eben der ist, dass momentan eine Bewusstlosigkeit eintritt. Dass diese Bewusstlosigkeit eine momentane ist, wird bewiesen durch zwei Thatsachen, erstens dadurch, dass kein Mensch, der den Versuch

gemacht hat, sich zu erhängen, von diesem Versuch Abstand nahm, eben darum, weil er bewusstlos wurde in dem Moment, als er sich aufhängte. Es giebt eine Reihe von Selbstmordkandidaten, denen ihr Vorhaben im letzten Augenblick leid wird; sie lassen den Versuch Versuch sein und kehren zum Leben zurück, aus dem sie scheiden wollten. Beim Erhängen werden Sie das nie finden. Sie werden nie davon hören, dass einer den Versuch gemacht hat, sich zu erhängen und dass er selbst den Kopf aus der Schlinge, in der er bereits fest hing, befreite. Wenn er erst einmal den Kopf in der Schlinge hat und die Schlinge den Vorderhals komprimiert, ist er bewusstlos, und alles Uebrige ergiebt sich von selbst. Und zweitens wird es bewiesen durch die Amnesie derjenigen Leute, die bald nach der Suspension abgeschnitten sind, und die dann wieder zum Bewusstsein zurückkehrten. Diese Leute haben eine Erinnerung, welche eben genau bis zu dem Moment der Suspension reicht. Von diesem Moment an ist die Erinnerung wie abgeschnitten. Zuweilen kann die Erinnerung an Begebenheiten, die noch vor dem Moment der Suspension liegen, verloren gegangen sein, und wir sprechen dann von retrograder Amnesie.

Was nun die Erstickungserscheinungen anbetrifft, so ist die Skala derselben diejenige, die ich Ihnen auseinandergesetzt habe. Anatomisch möchte ich erwähnen, dass das Strangulationswerkzeug in der Regel zwischen Zungenbein und Schildknorpel seinen Sitz hat. Es rutscht hoch. Wird es tiefer angelegt, so wird es allmählich in die Höhe rutschen und wird an der Stelle, die ich eben andeutete, zwischen Zungenbein und Schildknorpel festliegen bleiben, weil es eben nicht höher rutschen kann, es wird deshalb das Ligamentum thyreohyoideum hinten an die Wirbelsäule andrücken und so die Luftzufuhr zur Lunge und zum Kehlkopf hintanhalten. Ausserdem werden komprimiert natürlich die Haut, die Muskulatur, die Karotiden und die Nervi vagi.

Die Strangulation braucht nicht immer in diesem Mechanismus zu erfolgen. Es ist auch möglich, dass der Tod durch Strangulation in anderer Weise erfolgt, wenn dem gewöhnlichen Verhalten der Organe irgend welche Hinderungsgründe entgegenstehen. Ich denke hier an einen Fall, wo ein zum Tode Verurteilter stranguliert werden sollte, und wo Geschwülste am Halse der Hinrichtung erhebliche Schwierigkeiten entgegensetzten. Er schien tot zu sein, wurde nach der Hinrichtung wieder sozusagen lebendig, starb aber an einer Kongestion der Lunge, an einer beginnenden Lungenentzündung. Aber in diesem Falle haben die Geschwülste die Strangulation resp. die tiefe Einschnürung des Strangulationswerkzeuges verhindert. Ein anderer Fall ist mir in Erinnerung: der Tod durch Strangulation bei einem Tracheotomierten. Das war ein schwindsüchtiger Mensch. Es

war wegen Kehlkopftuberkulose die Kanüle eingesetzt, und zwar recht tief am Halse. Ihm war das Leben über, und er hängte sich auf. Nun ereignete sich der sehr interessante Fall, dass das Strangulationswerkzeug um den Hals lag, und unterhalb des Strangulationswerkzeuges die Kanüle Luft in die Lunge eintreten liess. Wenn es sich bei dem Erhängen einfach nur um eine Erstickung handelte, hätte er ruhig weiterleben müssen, denn er konnte ja atmen. Thatsächlich aber, wie ich Ihnen bereits auseinandergesetzt habe, handelt es sich beim Erhängen um eine kombinierte Todesart, bei der die Blutabschnürung und die reine Erstickung sich miteinander kombinieren, sich begegnen, und so starb denn der Mann, der sich erhängte, trotz seiner Kanüle schliesslich nicht daran, dass er erstickte, sondern daran, dass sein Gehirn über Gebühr lange ausser Cirkulation gesetzt war. Das ist ein sehr interessanter Fall, der uns zeigt, in welcher Weise bei der Erhängung die verschiedenen Mechanismen miteinander zusammenwirken.

Was nun den Leichenbefund bei der Erhängung anbetrifft, so ist es ja selbstverständlich, dass, wenn die Erhängten lange hängen bleiben, dann die Totenflecke nicht, wie gewöhnlich, nach dem Rücken zu sich senken, sondern nach den Beinen zu. Man nimmt an, dass, wenn ein Erhängter etwa 5 Stunden hängen bleibt, dann eine erhebliche Hypostase in den Beinen statt hat, die nachher nicht mehr durch Lagewechsel sich redressieren lässt, und man wird als Ausdruck dieser erheblichen Hypostase in den Beinen nachher eine Reihe von Blutergüssen von Stecknadelkopf- bis Bohnengrösse in die Haut und das Unterhautfettgewebe nachweisen können. Die Cyanose des Gesichts wird man bei vielen Erhängten finden, bei anderen nicht. Früher hat man geglaubt, dass das Strangulationswerkzeug, welches um den Hals gelegt wird, unbedingt eine Cyanose hervorrufen muss. Nach dem, was ich eben gesagt habe, wird es Ihnen leicht sein, einzusehen, dass das Strangulationswerkzeug nur das Blut, das im Kopf ist, in momento suspensionis festhält, dass da irgend eine erhebliche Stauung an sich nicht stattzufinden braucht. Wenn also eine Cyanose bei dem Erhängten da ist, so muss es eine Ursache haben, und v. Hofmann hat darauf aufmerksam gemacht, dass eine solche Ursache häufig ist, dass das Strangulationswerkzeug nicht symmetrisch angelegt ist, sondern dass der Knoten etwa hinter einem Ohr sich befindet oder vor dem einen Ohr, mit einem Wort, dass die Strangmarke eine asymmetrische ist. Wenn sie symmetrisch wäre, würden die Carotiden in gleicher Weise beeinflusst werden durch das Strangulationswerkzeug; wenn sie asymmetrisch ist, dann wird die eine Carotis mehr beeinflusst werden, und die andere für die Cirkulation mehr oder weniger frei sein; dann wird auch, wenn noch mehr Blut durch die Carotis in das Gehirn hinein kann, die schwache Jugularis

der betreffenden Seite kollabieren, wenn das Strangulationswerkzeug dagegendrückt, und dann wird allerdings eine Stauung im Kopfe zu stande kommen können, als deren Ausdruck wir die Cyanose im Gesicht finden.

Nun haben wir als ein weiteres Symptom beim Erhängen die Vorlagerung der Zunge. Das hat man früher als ein sehr wichtiges Symptom beim Erstickungstode hinstellen wollen. Aber man hat sich später gewöhnt, einzusehen, dass es sich bei dieser Vorlagerung der Zunge um etwas rein Mechanisches handelt. Wenn das Strangulationswerkzeug von unten gegen das Zungenbein drückt, dann wird eben die Zunge hoch hinaufgeschoben. Es ist gar kein Wunder, wenn dann die Zunge später zwischen die Zähne kommt. So muss man es auffassen als ein rein mechanisches Zeichen: man muss darin nicht einen vitalen Vorgang sehen, der irgendwie von Bedeutung wäre.

Was den Austritt von Sperma bei der Suspension anbetrifft, so ist nach meinen Beobachtungen — ich verfüge über ein ziemlich grosses Material aus dem hiesigen Untersuchungsgefängnis, wo leider Erhängungen in selbstmörderischer Absicht nicht besonders selten vorkommen — der Austritt von Samen bei der Suspension die Regel. Ich habe eine ganze Reihe von Selbstmördern kurz nach Eintritt des Todes gesehen, die sich erhängt hatten. Ich habe bei keinem derselben den Fleck im Hemd von frischem Sperma vermisst, und es ist mir bekannt von Herren, die aus Afrika gekommen sind, und die da eine der Hinrichtungen durch den Strang mit angesehen haben, die wir ja in unseren Kolonien auch haben einführen müssen — dass thatsächlich auch eine Erektion der Ejakulation vorangegangen ist, und dass auch sie diese Beobachtung gemacht haben. Wir müssen also sagen, dass thatsächlich ein Austritt von Samen, eine Ejakulation beim Erhängungstode durchaus gewöhnlich ist, und dass wir, wenn wir eine derartige Beobachtung an einem Erhängten machen, sagen müssen, es handelt sich hier thatsächlich um einen durch die Todesart selbst hervorgerufenen Vorgang.

Wenn wir nun von der Marke sprechen, so will ich sagen — indem ich Ihnen hier eine ganze Reihe von Marken herumgebe, damit Sie sich ein rechtes Bild von der Strangmarke machen können — wie sich dieselbe bei der Sektion präsentiert. Wir unterscheiden die einfachen, symmetrischen Marken, die typisch nach hinten hin ansteigen, vorn über den Vorderhals verlaufen. — Die Marke kann auch doppelt und mehrfach sein. — Ferner unterscheiden wir die asymmetrische Marke, d. h. man wird den Aufhängungspunkt von der Mittellinie mehr oder weniger entfernt ermitteln (Fig. 2). Die Marke kann weich sein, sie kann hart sein. Sie wird weich sein, wenn das Band einfach nur das Blut verdrängt hat, die Haut also anämisch geworden ist. Sie wird hart sein, wenn sie nicht nur das Blut verdrängt, sondern

auch die Epidermis abgeschunden hat, so dass das Corium seine Feuchtigkeit bis zu einem gewissen Grade abgeben konnte; dann werden wir eine harte, eine pergamentne Marke haben (Fig. 1 u. 2), und so würden



Fig. 1.



Fig. 2.

wir noch eine ganze Reihe von Variationen für uns konstatieren können. Ich will Ihnen nur noch eine Aquarellzeichnung besonders herumgeben, die ein sehr gutes Bild liefert, wie eine Marke aussieht. Wir haben hier zwei Touren einer Waschleine, die gut von dem Zeichner wiedergegeben sind, und dazwischen finden wir einen hämorrhagischen und hyperämischen Zwischenstreifen, und in diesem Zwischenstreifen sind als besonders bemerkenswert Blasen enthalten, Blasen, welche mit rötlicher Flüssigkeit gefüllt sind, die an sich nicht beweisen, dass die Suspension während des Lebens stattgefunden hat, sondern die durchaus auch postmortal lediglich unter dem Druck des Strangulationswerkzeuges auf die Haut zu stande kommen können. Ich habe hier ein Bild mitgebracht, welches Ihnen das sogenannte typische und atypische Erhängen demonstriert. Unter typischem Erhängen verstehen wir ja eine derartige Erhängung, dass das Erhängungsband entsprechend der Mitte des Hinterkopfes angebracht wird, und unter atypischem Erhängen verstehen wir diejenige Erhängung, wo entsprechend dem Kinn oder an irgend einer anderen als der eben bezeichneten Stelle des Kopfes das Aufhängeband befestigt war. Es handelt sich hier um ein Liebespaar, welches sich an der Thür eines Hotels mit aneinander geknüpften Handtüchern erhängte. Hier habe ich Ihnen ein paar Strangmarken in natura mit-

gebracht, sie sind herausgeschnitten und mittels des Kayserlingschen Verfahrens konserviert. Wir sehen hier auch die Touren einer Waschleine bei beiden recht deutlich hervortreten und dazwischen einen hämorrhagischen Zwischenkamm. Ich komme auf die Bedeutung dieses hämorrhagischen Zwischenkammes gleich zurück.

Wenn wir nun zu dem sonstigen anatomischen Befunde bei der Erhängung übergehen, so möchte ich da gleich zwei Befunde erwähnen, von denen ich hier Repräsentanten in meiner Hand habe; das eine sind die Kehlkopfbrüche und das andere die Carotidenrisse. Was die Kehlkopfbrüche anbetrifft, so finden sie bei den typischen Fällen in der Weise statt, dass sowohl das Zungenbein als auch die oberen Schildknorpelfortsätze brechen, und zwar wird das Zungenbein entsprechend dem Mechanismus — wenn Sie sich vorstellen, dass das Strangulationswerkzeug gelegen ist zwischen Schildknorpel und Zungenbein — nach unten gezogen und bricht nach unten hin, und die Schildknorpelhörner werden nach oben gezogen und brechen nach oben hin. Auf dieser kleinen Bleistiftzeichnung sehen Sie recht typisch diese Verhältnisse wiedergegeben.

Was nun die Carotidenrisse (Fig. 3) betrifft, so sitzen sie ungefähr 1 cm unterhalb der Bifurkation der Carotis, gehen in der Regel nur durch die Intima, zuweilen auch tiefer und sind begleitet von Blutungen in die Umgebung der Carotis an der betreffenden Stelle. Sie sind keineswegs ein sicherer vitaler Vorgang, wenn solche Risse für sich allein vorkommen. Würden Blutungen in der Umgebung dabei mit vorhanden sein, so würde daraus die Folgerung, dass es sich um vitale Vorgänge, um ein vitales Erhängen handelt, wohl am Platze sein.



Fig. 3.

Von anderen Befunden, die wir bei einer Obduktion Erhängter noch erheben könnten, würden noch zu erwähnen sein Blutungen in die Halsmuskulatur, überhaupt Rupturen der Halsmuskulatur und Rupturen in dem Gewebe hinter dem Vorderhalse, Blutungen retropharyngealwärts, ecchymoses rétropharyngiennes, wie sie Brouardel genannt hat, ein nicht sehr häufiger Befund, dadurch, dass er ja an sich schon eine Diagnose auf den vitalen Vorgang des Erhängens zulässt, von ausserordentlicher gerichtsärztlicher Bedeutung.

Die Wirbelsäule bricht bei unseren Selbstmördern sehr selten. In England, wo die Hinrichtung durch den Strang stattfindet, wo die Leute erheblich herunterstürzen, soll ein Bruch der Wirbelsäule die Regel sein. Das leuchtet mir auch sehr gut ein; aber unsere Selbstmörder hier springen nicht so tief herunter, die klammern sich an die Thürklinke und suchen dann den Boden unter den Füssen zu

verlieren, da wird ihre Wirbelsäule nicht immer einem solchen erheblichen Zug ausgesetzt, und da haben wir Wirbelsäulenbrüche nicht zu erwarten.

Was nun das vitale und postmortale Erhängen anbetrifft, so ist die Differentialdiagnose ja gerichtsärztlich von ausserordentlicher Bedeutung, und ich kann hier Ihnen alles das, was da wohl zu sagen wäre, in dieser kurzen Zeit, die mir zur Verfügung steht, nicht mitteilen. Aber ich will nur eins hervorheben: Blutungen in der Nähe und unter der Marke beweisen im allgemeinen vitale Strangulation. Also wenn sich ein Bluterguss z. B. zwischen den Fragmenten eines Kehlkopfbruches findet, dann werden wir sagen müssen: hier handelt es sich unbedingt um einen vitalen Vorgang, um einen vitalen Bruch der Knorpel. Wenn wir Blutungen haben, wie ich das schon sagte, in die Scheide der Carotis, werden wir ebenfalls dies unbedingt als einen vitalen Vorgang ansprechen dürfen. Die Ekchymose hinter dem Pharynx muss unbedingt ein vitaler Vorgang sein. Ferner dient zur Entscheidung der Frage nach dem vitalen Charakter des Erhängens die Thatsache, dass andere Todesursachen an der Leiche fehlen. Endlich sind hämorrhagische Partien an einer Marke, wie sie z. B. durch eine Waschleine zu stande kommt, ebenso wie hämorrhagische Zwischenkämme an doppelten Marken ganz besonders für die Diagnose: vitales oder postmortales Erhängen? von Wert. Postmortal wird sich eine derartige hämorrhagische Beschaffenheit des Zwischenkammes nicht konstruieren lassen, um so weniger, als es sich da vorn am Halse in der Regel nicht um hypostatische Haut handelt, wir würden also in diesem hämorrhagischen Verhalten des Zwischenkammes bei einer doppelten Marke ein wichtiges Kriterium des vitalen Erhängungstodes sehen müssen.

Ueber das Erdrosseln und Erwürgen möchte ich nur weniges im Anschluss hieran sagen. Erdrosselung findet ja in der Weise statt, dass ein Strangulationswerkzeug um den Hals herumgeschlungen und mit den Händen zusammengeschnürt wird. Sie erinnern sich, dass man in Spanien die Hinrichtung in dieser Weise mit der Garotte vollzieht. Die Lage der Marke, welche bei dem Erhängen so ist, dass das Strangulationswerkzeug etwas ansteigt, wird bei dem Erdrosseln immer mehr horizontal sein. Sie wird mehr nach hinten in die Mitte des Nackens hin verlaufen. Aber das ist durchaus auch nicht immer die Regel. Es ist wohl möglich, dass auch beim Erdrosseln einmal das Strangulationswerkzeug mehr nach oben hin verläuft, da ein streng gesetzmässiger Verlauf der Erdrosselung unmöglich vermutet werden kann. Als Ausdruck der verlängerten Asphyxie bei der Erdrosselung finden wir aber immer eine erhebliche Cyanose im Gesicht und sehr häufig auch zahlreiche Blutungen. Ich habe hier eine sehr schöne Abbildung, welche der Leiche

eines Zuchthäuslers entstammt, der sich erdrosselt hat (Fig. 4). Da sehen wir sehr schön, dass im Gesicht kleinste Blutungen vorhanden sind, und dass diese Blutungen genau bis an die Stelle gehen, wo das Strangulationswerkzeug eingesetzt hat. Der übrige Körper ist frei. Ich meine, dass wir in diesen Blutungen den Ausdruck einer verlängerten Asphyxie sehen müssen. Diese Cyanose und diese Blutungen, die wir sowohl in der Haut als auch in den Schleimhäuten, namentlich in den Conjunctiven sehen, sind durchaus charakteristisch für Erdrosselungen und für die bei diesen vorhandene verlängerte Asphyxie.



Fig. 4.

Was das Erwürgen anbetrifft, so unterscheidet sich ja nach dem, was ich gesagt habe, das Erwürgen einerseits von dem Erdrosseln und andererseits von dem Erhängen dadurch, dass es hier kein Strangulationswerkzeug giebt, sondern dass die Zuschnürung des Vorderhalses lediglich durch die Hand vorgenommen wird, und dass die Carotiden dabei ausser Betracht bleiben. Wir werden also keine momentane Bewusstlosigkeit haben, wie wir sie beim Erhängen und Erdrosseln erwarten konnten, sondern wir werden lediglich ein Zusammenschnüren, einen Luftabschluss, eine Erstickung in optima forma haben und überdies Kehlkopfbrüche, Verletzungen der tieferen Muskeln und des Bindegewebes selbst, vor allen Dingen aber die sehr bekannten mondsichelförmigen Fingernägeleindrücke am Halse, die wir in typischen Fällen so angeordnet sehen, dass der Daumen auf der rechten und die übrigen vier Finger auf der linken Seite des Halses übereinander stehend ihre mondsichelförmigen tiefen Eindrücke hinterlassen. Das sind, wie gesagt, Schulfälle; wir haben in unserer Sammlung im Leichenschauhause einen solchen Fall als Wachsabdruck aufbewahrt. Gewöhnlich aber ist es damit, wie bei vielen anderen Todesarten, wo ein Mord beabsichtigt ist; der Mörder begnügt sich nicht mit einem Griff, sondern er greift immer und immer wieder zu, und so sehen wir denn als Effekt des Erwürgens in vielen Fällen sehr erhebliche Defekte in der Epidermis am Vorderhals (Fig. 5). Es ist von grosser Wichtigkeit, festzustellen, an welcher Seite die meisten

Exkoriationen sind, an welcher Seite die Finger gedrückt haben und an welcher der Daumen. Würde ein Rechtshänder in Frage kommen, so würde das Verhalten von Fingern und Daumen so sein, wie ich es Ihnen auseinandersetzte. Würde aber ein Linkshänder in Frage kommen, so würden wir gerade auf der linken Seite den Daumeneindruck erwarten dürfen und auf der rechten Seite die mehrfachen Fingereindrücke. Wir würden, wenn es sich darum handelt, den Thäter zu ermitteln, wenn wir gar keine Spur davon haben, auf dieses Moment zurückkommen müssen.



Fig. 5.

Unter Ertrinken verstehen wir den Luftabschluss durch ein flüssiges Medium. Dieses flüssige Medium kann sowohl Wasser sein, als auch jede andere Flüssigkeit. Es kann aber auch eine dünnflüssige Masse sein, wie z. B. Abortinhalt. Ertrinken braucht nicht stattzufinden in einem tiefen Wasser, es kann auch stattfinden schliesslich in jeder Regenpfütze, in die z. B. der Epileptiker im Anfall hineinstürzt, wenn das Wasser seine Atemöffnungen bedeckt.

Die klinischen Erscheinungen des Ertrinkens sind die gleichen, wie wir sie beim Erstickungstode überhaupt kennen gelernt haben, nur dass wir vor der Serie der Erstickungserscheinungen, vor der Dyspnöe, den Konvulsionen, der Atempause und den terminalen Atembewegungen noch zunächst eine sogenannte respiration de surprise haben, eine kurze Aufatmung, die von einer Atmungspause gefolgt ist, worauf dann die Reihe der Erstickungserscheinungen einsetzt. Also etwas Besonderes finden wir in dieser Hinsicht bei dem Ertrinken zunächst nicht.

Der Leichenbefund bietet uns insofern etwas Besonderes dar, als wir da, direkt durch das in die Atemwege eingedrungene Medium veranlasst, eine Reihe von schweren Veränderungen vorfinden, die wir jetzt alsbald besprechen wollen. Ausserdem kommen bei dem Ertrinken auch Veränderungen vor, welche aber nicht durch das Ertrinken, durch das Sterben in dem flüssigem Medium zu stande gekommen sind, sondern dadurch, dass der Körper mehr oder weniger lange Zeit in diesem flüssigen Medium einfach als Leiche liegt. Diese Erscheinungen müssen wir streng auseinanderhalten. Die Erscheinungen, die durch das Ertrinken selbst zu stande gekommen sind, sind im wesentlichen lokalisiert in der Lunge. Die Lunge ist gross, sie fällt nicht zusammen, sowie wir

den Brustkorb eröffnet haben, sie ist schwer. Wir finden, wenn wir aufschneiden, reichlich Flüssigkeit in dem Lungengewebe, wässerige Flüssigkeit, die teils entstammt dem Medium, in dem die Erstickung stattfand, teils sich als Transsudation, als ödematöse Flüssigkeit repräsentiert, und ausser dieser Flüssigkeitszunahme in der Lunge finden wir stets noch eine wirkliche Luftzunahme, die dadurch bedingt ist, dass die Flüssigkeit in die Lunge hineinkam und die einmal darin vorhandene Luft nicht hinausdringen liess, und dass dann durch die Konvulsionen eine festere Fixierung der Luft im interstitiellen Gewebe u. s. w. noch weiterhin erfolgte. Also thatsächlich wird uns die Ertrinkungslunge in der Regel als eine grosse Lunge imponieren können. Aber nicht in allen Fällen sind die Befunde so typisch, in so und so vielen Fällen fehlen sie, und wir sind lediglich auf die sonstigen Umstände des Falles angewiesen. Wir müssen feststellen, ob sich sonst Zeichen einer anderen Todesart an dem betreffenden Individuum vorfinden.

Was nun die Veränderungen durch das Wasser anbetrifft, so haben wir hier zunächst die Auswässerungserscheinungen zu berücksichtigen. Das wissen Sie ja alle: wer seine Hände längere Zeit in Wasser hineinsteckt, hat, wie unsere Waschfrauen, die bekannten ausgewässerten Hände, und so werden auch diejenigen Teile einer Wasserleiche, die ohne Schutz von Kleidungsstücken dem Wasser ausgesetzt sind, wie die Hände, die Füsse, ehestens ausgewässert sein, und die dicke Epidermis wird aufquellen und sie wird sich schliesslich, wenn wir die Leiche längere Zeit im Wasser lassen, wie ein Handschuh abstreifen lassen. Aber nun kommt noch etwas Weiteres hinzu. Ausser der Haut verfallen noch die anderen epidermoidalen Gebilde, Nägel, Haare, der Auflockerung von der Unterlage. Auch sie gehen ab, und wenn wir sie nicht abstreifen, dann fallen sie vielleicht schon früher ab, und so kommt es bei der Rekognition von Wasserleichen, — es ist das ein ausserordentlich wichtiger Befund — dass wir ganz genau zusehen müssen, ob die Haut an der betreffenden Stelle erhalten ist, oder ob es sich da etwa um eine rasierte Stelle oder etwas Aehnliches handelt, oder ob die Haut abgegangen ist durch den Aufenthalt im Wasser mit ihren epidermoidalen Gebilden. Es sind dabei ganz folgenschwere Irrtümer vorgekommen, und ich möchte darauf hinweisen, dass bei der Frage der Identitätsfeststellung einer unbekannten Leiche sehr wohl darauf zu sehen ist, ob die Leiche wohlgepflegte Fingernägel hat oder nicht, und, wenn sie wohlgepflegte Fingernägel hat, ob das nicht vielleicht eine Täuschung ist in dem Sinne, dass da überhaupt gar keine Nägel mehr vorhanden sind, und dass wir da nur das zarte rosige Nagelbett vor uns sehen mit den Lunulae, ohne dass da überhaupt ein Nagel ist, während es sich thatsächlich um das schwielige Fingerende eines

Arbeiters handeln kann. Ich möchte endlich darauf hinweisen, dass wir bei den Wasserleichen eine Reihe von Verletzungen vorfinden können, die zum Teil typisch sind. Dass da die Schiffsschrauben einwirken können, die den Leichen den Schädel einschlagen, die Muskulatur zerreissen, habe ich schon bei unserer letzten Zusammenkunft bei der Besprechung der postmortalen Verletzungen hervorgehoben. Wenn eine Leiche lange Zeit im Wasser liegt, so wird sie, wenn sie nicht an die Oberfläche kommt, zum Teil in Fettwachs übergehen. Das Glycerin wird sich aus dem Fett abspalten, die Fettsäure wird zurückbleiben, und wir werden Fettwachs oder Leichenwachs (Adipocire) zurückbehalten. Hier habe ich Ihnen ein Stückchen dieses Produktes mitgebracht. Die Lederhaut ist abgefallen, die Epidermis ist abgefallen, und das Unterhautfettgewebe ist hier, in Fettwachs (Adipocire) verwandelt, zurückgeblieben. Ich sage, unter der Bedingung wird sich das bilden, dass die Leiche nicht an die Oberfläche des Wassers kommt, und nicht etwa Insekten sich darauf setzen, welche ihre Eier ablegen und so einer foudroyanten Fäulnis Thür und Thor öffnen können. Wenn dies der Fall ist, ist das Bild, das wir erhalten, das Bild der typischen grünfaulen Wasserleiche. Ich habe Ihnen hier ein paar Abbildungen mitgebracht. Der Blutfarbstoff ist verändert durch Schwefelwasserstoff, es findet sich kein Oxyhämoglobin oder Hämoglobin, sondern Schwefelwasserstoffhämoglobin, das dem Ganzen einen grünlichen Ton giebt. Die Haut, namentlich das Unterhautfettgewebe, ist von zahlreichen Luftblasen durchsetzt, und an denjenigen Stellen, wo das Unterhautfettgewebe besonders locker ist, wie in dem Gewebe der Achseln und der Weichen, findet sich dieses Fäulnisemphysem ganz besonders stark. Dann ist die Haut weiter an vielen Stellen abgegangen. Die Zunge ist durch die Gase herausgetreten. Die Scheide ist invertiert durch die Gase, welche sich in der Bauchhöhle gebildet haben. Kurz und gut, es ist ein hässliches, abschreckendes Bild, das eine solche grünfaule Wasserleiche darbietet. Eine Rekognition ist unter solchen Umständen dann natürlich sehr schwer. Aber ich will nicht unerwähnt lassen, dass sie sehr wohl auch bei solchen Leichen noch gelingt.

Man muss nur z. B. den Kopf, wenn man ihn rekonstruieren will, mit Einschnitten versehen und ihn ordentlich auswässern und dann Silber- oder Chlorzinklösungen darauf einwirken lassen; dann kann man doch sehr wohl bis zu einem gewissen Grade die ursprüngliche Form rekonstruieren. Es ist das wirklich eine Leistung, wenn man bei derartigen Köpfen noch Rekonstruktionen zu stande bringt, aber man kann sie zu stande bringen.

Von den übrigen gewaltsamen Erstickungsarten möchte ich Ihnen nur noch einige wenige nennen. Ich möchte hier zunächst den Abschluss der Atemwege durch feste Medien kurz

erwähnen. Der Abschluss kann dadurch erfolgen, dass die Medien vor die Atemwege gebracht werden, meinetwegen Hände, Betten, Polster. Ich erwähne den Fall, dass das Kind im Bett neben der Mutter schläft, herunterrutscht, so dass die Betten sich über die Atemöffnungen des Kindes schieben und das Kind ersticken. Diese Todesfälle sind forensisch von grossem Interesse, denn sie sind die einzigen unter allen Erstickungsarten überhaupt, wo die Erstickung eintritt, ohne direkte Spuren an der Leiche zu hinterlassen. Wir sind daher bei derartigen Todesfällen darauf angewiesen, dass aus den Umständen des Falles, aus dem Befunde beim Auffinden der Leiche und den übrigen Umständen des Falles, die grösstenteils subjektiver Natur sind, eine Rekonstruktion der ganzen Vorgänge versucht wird. Objektiv an der Leiche ist eine Spur für eine Diagnose: so oder so ist die Erstickung erfolgt, nicht zu finden. Das ist von grosser Wichtigkeit. Wir haben hier eben keine Zeichen des gewaltsamen Erstickungstodes. Sie werden mir darin beipflichten nach dem, was ich Ihnen vorhin ausgeführt habe, nämlich dass wir auf die sogen. inneren Erstickungserscheinungen nichts geben dürfen.

Wichtiger ist aber die Erstickung durch Abschluss der Atemwege, wenn der feste Körper, wenn der Fremdkörper, will ich sagen, in die Atemwege hineingelangt ist. Ich will Ihnen hier ein paar Präparate herumgeben und möchte sagen, dass ein Abschluss der Atemwege durch feste Körper innerhalb des Respirationstractus möglich ist auf dreierlei Weise. Einmal dadurch, das der ganze Mund und die Rachenhöhle tamponiert werden durch einen Fremdkörper. Ich habe als ein Paradigma hier einen Fall mitgebracht, wo ein Lutschpfropfen hineingerutscht ist in den Mund eines Kindes, welcher die ganze Rachenhöhle tamponiert.


Fig. 6.

Die zweite Art, wie ein Verschluss der Atemwege zu stande kommen kann, ist der, dass der Fremdkörper in die Speiseröhre hineinkommt und, weil er zu gross ist, in der Speiseröhre stecken bleibt und dann den Eingang des Kehlkopfes vollkommen verdeckt, so dass Luft in den Kehlkopf nicht mehr eintreten kann. Diesen Mechanismus sehen Sie hier an diesem Präparat. Es handelt sich hier um einen Fleischbissen von unglaublicher Grösse (Fig. 6). Es ist ein ganz eigentümlicher Mechanismus, den wir immer wieder treffen. Der Bissen

rutscht hinein in die Speiseröhre, aber bis zu einem gewissen Punkte, wo er wegen seiner Grösse nicht weiter kann, und wo er dann, den Kehlkopfeingang bedeckend, vollkommen die Luft absperrt. Die Epiglottis wird nicht heruntergedrückt — das habe ich so gut wie nie gesehen — sondern sie wird an dem Zungengrund heraufgedrückt, und der Bisson drückt direkt auf den Kehlkopfeingang.

Ich will hier noch zwei derartige Präparate herumgeben. Bei dem einen hat ein allzugrosses Stück Rumsteak zum Tode geführt. Ich kenne den Fall, ich habe ihn selbst obduziert. Es war ein junger Mann, der zum Militär gehen und sich noch eine recht gute Mahlzeit gönnen wollte. Er hatte Fisch gegessen, hatte dann als zweites Gericht das Rumsteak sich geben lassen; dabei ist er erstickt. Wir fanden den Fisch in seinem Magen, und wir fanden das halbe Rumsteak in seinem Halse; es war die causa mortis.

Der dritte Mechanismus, durch den Erstickungen durch Fremdkörper zu stande kommen, ist der, dass der Fremdkörper direkt in den Trachealtraktus hineinkommt. Ich habe Ihnen hier ein Präparat mitgebracht, bei dem ein Soolei auf die Stimmritze herabgefallen ist und dann den Tod herbeigeführt hat. Dieses Präparat zeigt Ihnen eine Erstickung durch einen Kirschkern, welcher in die Trachea eines kleinen Kindes hinabgerutscht ist (Fig. 7).



Fig. 7.

Wir können noch von gewaltsamer Erstickung reden, wenn wir an V e r h i n d e r u n g d e r A t e m b e w e g u n g e n denken, z. B. beim Gedränge, bei Verschüttungen durch Balken oder beim Knien auf Brust und Bauch. In solchen Fällen werden die Atembewegungen verhindert, und es tritt ebenfalls eine gewaltsame Erstickung ein.

Eine gewaltsame Erstickung ist endlich noch vorhanden beim Aufenthalt im geschlossenen Raum oder bei doppelseitigem Pneumothorax, wie er zu stande kommt durch Stichverletzungen auf beiden Seiten der Brust. Hier wird Luft eindringen in die Brusthöhle, und die Lunge wird sich nicht mehr ausdehnen können. Es wird auch hier der Tod erfolgen durch gewaltsame Erstickung.

Ich habe Ihnen, m. H., jetzt noch über den T o d d u r c h a b n o r m e T e m p e r a t u r zu berichten. Ich will mich möglichst kurz fassen und bitte Sie, mir noch einige Minuten zu schenken.

Wir besprechen zunächst den T o d d u r c h a b n o r m h o h e T e m p e r a t u r und verstehen darunter das Verbrennen und Verbrühen. Unter Verbrennen verstehen wir die Einwirkung einer Flamme auf

den Körper; unter Verbrühen verstehen wir gewöhnlich die Einwirkung heisser Flüssigkeiten auf den Körper. Sie wissen, dass wir vier Grade der Verbrennung unterscheiden: das Erythem, die Blasenbildung, die Verschorfung und die Verkohlung. Sie wissen ferner, dass der Verlauf einer Verbrennung verschieden ist, und dass man im allgemeinen der Ansicht sich zuneigt, dass die Verbrennung von mehr als einem Drittel der Körperoberfläche von dem Tode des Individuums gefolgt ist. Gerichtsärztlich ist wichtig, dass der Tod nach einer Verbrennung eintreten kann erstens unmittelbar nach der Verbrennung durch Ueberhitzung des Blutes, ferner durch Shockwirkung, indem das Nervensystem erheblich alteriert ist. Wir wissen weiter, dass der Tod dann bis zum 3. Tage eintreten kann unter nervösen Reizerscheinungen, unter anderem Somnolenz und Delirien, und dass schliesslich Collaps eintreten kann, und endlich wissen wir, dass bei einer grossen Zahl von Verbrennungen der Tod später als 3 Tage nach der Verbrennung noch eintreten kann, nämlich dann, wenn Komplikationen auftreten, septische Prozesse, Pneumonien, dass aber auch aus verbrannten arteriellen Gefässen tödliche Blutungen eintreten können, wenn der Schorf sich abstösst, und dass schliesslich noch ein Croup der Rachenorgane des Kehlkopfes auftreten kann als Folgeerscheinung der Verbrennung, der dann ebenfalls zum Tode führt. Das alles wissen Sie, m. H., und ich sage Ihnen nun weiter, dass wir, wenn wir den Obduktionsbefund bei einer Verbrennung ins Auge fassen, ähnlich wie vorhin bei dem Erstickungstode zu unterscheiden haben zwischen den Befunden, welche durch die Verbrennung selbst am lebenden Körper hervorgerufen sind, und denen, welche postmortal auch hervorgerufen werden können lediglich dadurch, dass der Körper mehr oder weniger lange Zeit noch der Flammenwirkung und der Hitze ausgesetzt blieb.

Für ein vitales Verbrennen sprechen Einatmung von Russ und Schmauch, ferner CO-Gehalt des Blutes und Randröte der Brandblasen in nicht hypostatischer Haut und Erythem in nicht hypostatischer Haut. Wenn der Betreffende starb, nachdem er mehrere Tage vorher die Verbrennung erlitten hatte, werden wir bei der Obduktion zuweilen einen Milztumor finden, davon herrührend, dass entweder septische Prozesse vorhanden waren, oder dass Blutkörperchen, die destruiert waren, sich in der Milz abgelagert haben; ferner Nephritis, wenn septische Prozesse statthatten, oder wenn wir die Verbrennung infolge von Ptomainentwicklung tödlich wirken sahen. Das alles will ich ganz kurz erwähnen.

Wichtiger aber, m. H., ist es für Sie, eine ganze Reihe von Folgeerscheinungen kennen zu lernen, welche nicht eigentlich als vitale Verbrennungserscheinungen aufzufassen sind, sondern welche dadurch eintreten, dass der Körper der Flammenwirkung ausgesetzt wurde,

namentlich wenn erst kurze Zeit seit dem Tode vergangen war. Ich möchte zunächst hier feststellen, dass wir bei verkohlten Leichen häufig Verletzungen in der Haut erkennen können, welche sich ausnehmen wie Schnittverletzungen. Die Haut erscheint ganz scharfrandig durchtrennt, und nur wenn wir ganz genau zusehen, werden wir in der Tiefe noch erkennen, wie ein Gefäss oder ein Stück derbes Bindegewebe von einem Ende zum anderen durch den Riss hindurchläuft, und so werden wir die Diagnose stellen können, dass es sich hier nicht um einen Schnitt handelt, sondern um eine mechanische Trennung dadurch, dass die Haut ihre Feuchtigkeit verloren hat und schrumpft und platzt, so dass der Riss entstand.

Noch wichtiger ist aber die Stellung, in der die Leiche sich befand. Wir wissen, dass es eine Wärmestarre giebt, und wir haben sie experimentell an frisch getöteten Hunden hervorrufen können. Wir wissen auch, dass diese Wärmstarre sich findet bei menschlichen Leichen, welche vital verbrannt sind. Ich habe hier einige Abbildungen mitgebracht, aus denen Sie erkennen können, dass wir zwei Arten der Wärmestarre unterscheiden: die eine Art im wesentlichen übereinstimmend mit Totenstarre, aber so, dass die Gelenke der oberen Extremitäten in dem Sinne, wie ich es Ihnen hier demonstriere, stark gebeugt sind — Sie werden es aus dem Bilde noch deutlicher erkennen können — und der zweite Grad der Wärmestarre, der in der Weise in die Erscheinung tritt, dass das Sprunggelenk besonders stark gestreckt ist.

Wenn man nun annimmt, dass die Flamme noch stärker einwirkt, dann bekommen wir ganz bizarre Stellungen der Leichen. Dann bekommen wir die bekannten Boxerstellungen, Fechterstellungen, wo die Feuchtigkeit aus der Muskulatur verschwindet, heraustritt, und wo die Muskulatur dann schrumpft und den Körper in ganz bizarre Stellungen bringt. Man darf aus diesen Stellungen nicht die Schlussfolgerung ziehen, dass es sich hier darum handelt, dass die Betreffenden sich gewehrt und gekämpft hätten — der Schluss ist aber öfter gezogen worden, — sondern man muss wissen, dass es sich hier um Vorgänge handelt, welche rein physikalischer Natur sind, welche mit vitalen Vorgängen nicht das Geringste zu thun haben.

Wir müssen weiter wissen, dass die Knochen platzen können dadurch, dass die Flamme darauf einwirkt, und dass die Organe schrumpfen können bis auf ein Drittel und weniger ihres Volumens, dass sie aber ihre Form beibehalten, und wir müssen endlich wissen, dass die Haare versengt werden. Das ist ja das Wichtige, was Verbrennen und Verbrühen voneinander unterscheidet. Ein verbrannter Körper wird Haare aufweisen, welche verkohlt sind, und bei denen die nichtverkohlten, den verkohlten aber benachbarten Abschnitte mit reichlichen Luftblasen versehen sind, während wir bei Verbrühten intakte Haare haben ohne Verkohlung.

Eine Erscheinung hat vor einiger Zeit etwas Aufsehen gemacht. Man fand extradural eine Blutung bei einem verbrannten Menschen. Man untersuchte die Verhältnisse genauer und fand, dass es sich da ebenfalls um eine rein physikalische Erscheinung handle. Es ist ein Versuch, m. H., den Sie gelegentlich wohl einmal nachmachen können. Sie nehmen das Schädeldach bei einer Autopsie und halten es über eine Spiritusflamme. Alsbald sehen Sie, wie aus den kleinen Poren des Knochens überall Blut sprudelnd und brodelnd herausdringt, gemischt mit Fett. Es ist ein sehr einfacher Versuch. Wenn Sie nun dazu das Facit ziehen — ich habe hier einen Tierschädel mitgebracht, der Ihnen dasselbe zeigt — so werden Sie sagen müssen: wenn wir bei einem Verbrannten etwa einmal ein typisches extradurales Hämatom finden, so dürfen wir nicht annehmen, dass hier etwa ein Schädelbruch vorgekommen ist, und dass der Betreffende infolge dieses extraduralen Hämatoms weiter etwa bewusstlos wurde und verbrannt ist, sondern wir müssen sagen: finden sich in diesem extraduralen Hämatom noch fettige Beimengungen, so müssen wir, besonders wenn wir einen Knochensprung vermissen, der das Hämatom verursacht haben könnte, sagen, dass es sich hier um einen physikalischen Vorgang handelt, der durch Flammenwirkung hervorgebracht ist, und zwar vielleicht bereits am toten Körper. Als ein vitaler Vorgang ist das keineswegs anzusehen. Die Frage wurde verhandelt seiner Zeit bei der Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins im Jahre 1898, und als Herr Strassmann seine diesbezüglichen Erfahrungen und Versuche mitteilte, erhoben sich mehrere Kollegen, welche erklärten, dass sie allerdings wegen eines derartigen Befundes einmal eine Gewalteinwirkung angenommen und ein diesbezügliches Gutachten bei der Obduktion abgegeben hätten; zum Glück hat man damals einen Thäter nicht ermittelt!

In unseren Breiten sind wir mit den Erfrierungen weniger bekannt, als die Bewohner der nordischen Reiche. Wir wissen aber jedenfalls, dass Erfrierungen auch bei uns vorkommen können, und wir müssen auch die Erscheinungen wissen, unter denen Erfrierungen eintreten. Schlecht genährte Individuen erfrieren leichter, als solche, die gut gekleidet sind und gutes Fettpolster haben. An kalte Temperaturen kann man sich gut gewöhnen, namentlich dann ist man toleranter gegen Kälte, wenn man sich dabei bewegt. Enge Kleider, enge Stiefel, enge Handschuhe, die die Blutzufuhr nach den Gliedern, Händen und Füssen abschnüren, disponieren besonders dazu, dass eine Erfrierung eintritt.

Wenn ich Ihnen nun mit wenigen Worten noch skizziere, in welcher Weise die Erfrierungserscheinungen des Menschen eintreten, so will ich nur sagen: der Betreffende empfindet zunächst unter den Nägeln ein prickelndes Gefühl. Alsdann stellt sich ein Ermüdungs-

gefühl ein, und sein Gang wird unsicher. M. H., ich erinnere Sie jetzt an etwas, was Sie vielleicht alle schon erlebt haben, an das sogenannte Klammwerden Ihrer Hände. Sie haben sich gegen die Kälte nicht ordentlich geschützt, sind ausgegangen, haben vielleicht etwas im Arme getragen, und mit einem Male merken Sie: Ihre Hände sind aktiv wenig oder gar nicht beweglich und passiv recht schwer beweglich. Ich möchte diese Erscheinung nach Analogie dessen, was ich Ihnen vorhin über die Wärmestarre mitteilte, als eine Kältestarre bezeichnen und möchte sagen, dass wir gerade als einen Ausdruck der Kältestarre der Muskulatur beim Erfrieren diesen unsicheren Gang, dieses Müdigkeitsgefühl haben, welche schliesslich das Umsinken und die Erscheinungen des Erfrierens einleiten. Diesem Umsinken folgt dann alsbald der Tod, nachdem die Temperatur noch auf enorm niedrige Höhen heruntergegangen ist; noch Temperaturen von 24° sind am Lebenden beim Erfrieren beobachtet worden.

Auch beim Erfrieren haben wir vier Grade zu unterscheiden, ähnlich wie beim Verbrennen, zunächst das Erythem: eine Rötung, welche teils bleibend ist, teils wieder zurückgeht, um gelegentlich wohl einmal wiederzukommen; ferner die Blasenbildung, die Nekrose und schliesslich die Gangrän als vierten Grad des Erfrierens. Die Sektion ergiebt, abgesehen von diesen Befunden an der Haut, der Blasenbildung, der Nekrose oder Gangrän, keine wesentlichen Befunde. Man muss sich damit begnügen, festzustellen, ob irgendwie andere Todesursachen vorhanden sind, die den Tod sonst herbeigeführt haben können; eventuell wird man nach einer Diffusion von Blutfarbstoff, nach roten Flecken in der Haut an nicht abhängigen Stellen suchen, um sie als Produkte des Erfrierens ansprechen zu können.

Ich möchte noch hervorheben, dass selbstverständlich auch jedes auf irgend eine andere Weise gestorbene Individuum nach dem Tode gefrieren kann, und dass man sich hüten muss, von dem Befunde einer gefrorenen Leiche sofort darauf zu schliessen, dass das betreffende Individuum auch wirklich vital erfroren ist.

Ueber die Beurteilung von Vergiftungen.

Sechster Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin", gehalten am 28. Februar 1902

von

Prof. Dr. **Oskar Liebreich,**
Geheimer Medizinalrat.

M. H.! Gifte und Vergiftungen kann man von den verschiedensten Seiten betrachten, denn Aerzte und Chemiker haben hier zu urteilen, sie teilen sich die Arbeit. Trotz dieser Trennung muss in der Beurteilung eine Brücke gefunden werden. Es ist gar nicht erforderlich, dass der Arzt selbst die chemische Technik auszuführen versteht, aber er muss doch in der Lage sein, die chemischen Methoden scharf beurteilen zu können. Leider ist dies zuweilen nicht der Fall, und so erklären sich in gerichtlichen Verhandlungen und Entscheidungen manche Missverständnisse, weil man ärztlicherseits einfach die Richtigkeit der von dem Chemiker angegebenen Zahlen hingenommen hat, ohne die nötige Kritik an seiner Arbeit zu üben.

Zunächst ist bei der Beurteilung von Vergiftungen die Definition des Wortes „Gift" in den Vordergrund zu stellen. Eine solche Definition zu geben, ist aber stets als eine Schwierigkeit betrachtet worden, und selbst die Gesetzgebung hat davon Abstand genommen, eine bindende Beschreibung zu geben. So ist z. B. in der Bundesratsverordnung vom 29. November 1894, betreffend die Vorschriften über den Handel mit Giften, eine Erklärung, was unter Giften zu verstehen sei, nicht gegeben. Wenn sie im Sinne des Giftgesetzes sich entscheiden wollten, so würde dies nicht zutreffend sein. Der § 1 heisst: „Der gewerbsmässige Handel mit Giften unterliegt den Bestimmungen der §§ 2—18" [1]).

Als Gifte im Sinne dieser Bestimmungen gelten die in Anlage I aufgeführten Drogen, chemischen Präparate und Zubereitungen. Hier

---

1) In diesem Paragraphen werden nur Verordnungen beschrieben, und erst in der Anlage I werden diejenigen Drogen, chemischen Präparate und Zubereitungen aufgeführt, welche als Gifte betrachtet werden sollen.

werden nur diejenigen Dinge als Gifte bezeichnet, welche zur Vergiftung führen können, wenn nicht vorsichtig mit ihnen umgegangen wird. Aber man muss sich klar sein, dass in dieser Tabelle Substanzen enthalten sind, welche in kleinen Quantitäten durchaus nicht Vergiftung herbeiführen, und dass es wiederum viele andere Substanzen giebt, welche nicht in dieser Gifttabelle enthalten sind, die unter Umständen zur Vergiftung führen können. Das Gesetz ist, wie man wiederholen muss, nur im Sinne der Zweckmässigkeit des gewerbsmässigen Handels erlassen.

Auch wenn Sie die Lehrbücher der Toxikologie durchsehen, so werden Sie finden, dass man zwar über die Frage, was Gift sei, lange Untersuchungen angestellt hat, dass man aber nicht dazu gelangt ist, eine kurze Definition zu geben. Der Fehler lag daran, dass man die Giftigkeit als eine bestimmte Qualität der Substanz betrachten wollte. Es giebt gar kein Kriterium dafür, dass man eine Substanz schlechthin etwa als Gift bezeichnen könnte. Wir wissen von allen chemischen Substanzen, dass sie gewisse konstante physikalische Eigenschaften besitzen, wie z. B. Schmelzpunkt, Siedepunkt, Dampfdichte u. s. w. Es sind dies jeder Menge des Körpers zukommende Eigenschaften, die wir dann zur Bestimmung der Substanz benutzen können. Aber niemals kann man von einer Substanz die Giftigkeit als eine ihr immanente Eigenschaft angeben.

Das Wort „Gift" ist ursprünglich eine nur populäre Bezeichnung: es wird damit im allgemeinen ausgedrückt, dass Gifte solche Substanzen seien, welche schädlich sind. Wenn wir das aber etwa als einen wissenschaftlichen Grundsatz annehmen wollen, so stossen wir auf ganz eminente Schwierigkeiten: denn manche Substanzen sonst ganz harmloser Natur können unter Umständen giftig werden, andere als Gift bezeichnete Substanzen harmlos sein. Man soll die Giftigkeit nicht als Qualität einer Substanz bezeichnen, sondern kann nur dann von Gift sprechen, wenn man ihre Quantität mitangiebt. Wenn ich also von einer Substanz wie Arsenik sage, sie sei Gift für den Menschen, so kann ich dies nur dann in exakter Weise behaupten, wenn ich die zur Vergiftung erforderliche Arsenikmenge mitangebe. Sie sehen daraus, dass es natürlich unmöglich ist, eine ganz bestimmte Liste von Körpern aufzustellen, die dem Namen nach als Gifte zu bezeichnen sind. Diese scheinbar sich von selbst ergebende Betrachtung hervorzuheben, ist doch von grosser Wichtigkeit, denn wie oft kommt nicht bei Gerichtsverhandlungen die Frage vor: Halten Sie, Sachverständiger, die Substanz für ein Gift? Dann muss man, die obige Erklärung zu Grunde legend, antworten: Es giebt keine Substanz, die an und für sich Gift ist.

Diese Auffassung ist auch vom medizinisch-hygienischen Gesichtspunkte aus von grosser Bedeutung, denn wir können Substanzen, welche

in grösserer Dosis Gift sind, jahraus, jahrein ohne irgend eine Schädigung zu uns nehmen. Allerdings bietet es häufig Schwierigkeiten, die Quantitäten genau zu bezeichnen, von wo ab sie für den Organismus als Gift zu betrachten sind. Häufig fehlt es für eine richtige Beurteilung an dem nötigen Beobachtungsmateriale. Eine Schwierigkeit für eine richtige Auffassung, besonders bei chronischer Vergiftung, liegt auch darin, dass manche Substanzen den Organismus nur langsam verlassen und sich daher anhäufen können; erst dann, wenn eine bestimmte Quantität zurückgehalten wird, tritt die giftige Wirkung ein. Jedoch nicht jede Kumulation einer Substanz führt zu giftigen Erscheinungen, denn manche Substanzen können unter Anhäufung lange im Organismus verweilen, ohne eine nachteilige Erscheinung hervorzurufen. Wenn dieser Umstand nicht vorhanden wäre, so würden wir viel leichter zu einem Schwellenwerte der Unschädlichkeit für jede Substanz gelangen können.

Wird in forensischen Fällen dem Arzte von dem Chemiker die Quantität der gefundenen Substanz angegeben, so ist es meistens leicht ein Urteil zu gewinnen, ob eine Vergiftung vorgelegen habe. Handelt es sich nur um eine Qualitätsangabe, so kann die Beurteilung aus den chemischen Daten allein nicht zu einer Schlussfolgerung berechtigen. Es kann der qualitative Nachweis von Morphium z. B. allein nie genügen, um eine Morphiumvergiftung zu proklamieren, denn es kann dieses Alkaloid durch Gebrauch von Geheimmitteln in den Organismus gelangt sein. Das blosse Vorhandensein einer solchen fremdartigen Substanz lässt durchaus nicht den Schluss zu, dass durch sie eine Schädigung des Organismus oder gar eine Vergiftung bewirkt worden sei. Dies muss besonders hervorgehoben werden, da die Methoden für den Nachweis der älteren Elemente ganz ausserordentlich vervollkommnet worden sind; wir können z. B. Kupfer und Blei, Arsen und andere Elemente in so kleinen Quantitäten nachweisen, wie man es früher nicht für möglich gehalten hat, und Sie wissen, zu welcher Feinheit der Erkennung man durch optische Methoden gelangt ist. Aber auch für den Nachweis kleiner Quantitäten sind wir noch nicht an die Grenze der Möglichkeit gelangt. Dass man mit diesen Beobachtungen nur langsam fortschreitet, zeigt Ihnen die Entdeckung des konstanten Vorkommens von Jod im Organismus. Wer hätte sich das träumen lassen, dass eine Substanz, von der wir annehmen, dass sie nur selten und unter Umständen an uns herantritt, plötzlich im Organismus als ein ganz normaler Bestandteil erkannt werden wird! Dass Arsen im Organismus normal in der Thyreoidea vorkommt, hat Armand Gautier angenommen. Die Annahme, dass dies ein analytischer Irrtum sei, ist wohl dadurch ausgeschlossen, dass dieser Forscher Arsen nur in der Thyreoidea gefunden hat und bei der Anwendung derselben Methode keine Spur in der Leber, in den Muskeln, Nerven oder

sonst wo im Organismus. Es ist trotzdem nicht sicher, dass der Arsengehalt der Thyreoidea als normal betrachtet werden könne, da diese Beobachtungen nicht allseitig bestätigt worden sind. Vielleicht hat dies Vorkommen des Arsens in der Thyreoidea nur in jenen Gegenden stattgefunden, in welchen durch die Bodenbeschaffenheit oder sonstige Umstände Gelegenheit zur Aufnahme von Arsen geboten war. Jedenfalls werden sich nicht alle Stoffe, die in den Organen gefunden werden, als konstante Bestandteile legitimieren können.

Der Organismus besitzt, wie wir anzunehmen berechtigt sind, eine reinigende Kraft. Dies ist nicht bloss für die therapeutische Betrachtung, sondern auch für die toxikologische von Wichtigkeit. Wir können organische, sowie anorganische Substanzen auch aufnehmen, welche die Zellen wieder ausscheiden, ohne dass die Zellthätigkeit oder die Funktion der Drüsen und der Organe irgendwie geschädigt wird. Also es können, um ein Beispiel anzuführen, kleine Quantitäten von Blei in den Organismus hineingelangen und zur Ausscheidung kommen, ohne dass eine anatomische oder funktionelle Störung einzutreten braucht. Wir sehen also, die Auffassung von der giftigen Wirkung vieler Substanzen wird durch die neueren Untersuchungsmethoden geklärt.

Treten durch fremdartige Körper Funktionsstörungen in den Organen ein, und leidet der Organismus, so ist die Art der Störungen nur bei wenigen Substanzen so markant, dass aus ihnen ein Rückschluss gestattet ist, es habe die Vergiftung mit einem ganz bestimmten Körper vorgelegen. Auch der pathologisch-anatomische Befund kann daher nicht in allen Fällen allein beweiskräftig sein, denn Erosionen, fettige Degenerationen, Nierenveränderungen etc. haben keinen spezifischen Charakter. Die in neuerer Zeit gemachten Beobachtungen an Zellkernen und Ganglienzellen haben die Hoffnung erweckt, dass es vielleicht gelingen möchte, spezifisch anatomische Veränderungen nach Giftwirkungen zu erkennen. Aber wir sind noch weit davon entfernt, die chemische Untersuchung entbehren zu können, um uns allein auf den anatomischen Befund zu verlassen. Man kann für die Lösung toxikologischer Fragen den Chemiker als Mitarbeiter nicht entbehren. Für den Gerichtsarzt ist aber die Kenntnis der Grenzen chemischer Technik von Bedeutung. Nichts ist bedenklicher, als eine falsche Fragestellung. Der forensische Arzt wird sich darüber klar sein müssen, dass trotz des hohen Standes chemischer Kenntnisse eine Reihe von Fragen mangelnder Methoden wegen von dem Chemiker nicht beantwortet werden kann.

Es führen nämlich auch Substanzen zur Vergiftung, deren Nachweis im Organismus nicht gelingt; das Einatmen von Grubengas oder von Arsenwasserstoff ruft eine Vergiftung hervor, ohne dass der Nachweis im Organismus gelingt. Besonders ist auch die Auffindung

mancher Alkaloide und besonders der Fäulnisgifte bis jetzt unmöglich gewesen. Der Gerichtsarzt ist zuweilen in der schwierigen Lage, dass ihn die Chemie und die pathologische Anatomie im Stiche lassen, und er lediglich aus den Symptomen der Erkrankung sich ein Urteil bilden muss. Es sei dies an einem Beispiele erläutert, und zwar an einem Vergiftungsfalle von Atropin: Das Bild der Erkrankung ist deutlich zur Kenntnis gekommen, es zeigte sich Erweiterung der Pupillen *ad maximum*, absolute Trockenheit im Munde, Blässe und Trockenheit der Haut und abnorm schneller Puls, dazu gesellten sich die eigenartigen Erscheinungen von seiten des Gehirns; die Symptome sprachen für eine Atropinvergiftung. Aber von der eingenommenen Substanz war nichts mehr vorhanden. Die zur Vergiftung führende Menge ist so gering gewesen, dass dem Chemiker ein quantitativer Nachweis in der Leiche unmöglich war. Was kann man noch zur Bestätigung der Vergiftung durch Atropin thun? Man wird den Harn abdampfen, mehrere Male mit Alkohol extrahieren, um die anorganischen Bestandteile von ihm abzutrennen, und eine alkoholische Lösung darstellen, in welcher etwas Atropin enthalten sein muss. Bringt man das alkoholische Extrakt in das Auge einer Katze, welche sehr empfindlich gegen Atropin ist, so beobachtet man eine Pupillenerweiterung ad maximum. Trotzdem darf man nicht mit absoluter Bestimmtheit eine Atropinvergiftung annehmen, da es andere Alkaloide giebt, welche ebenfalls Pupillenerweiterung hervorrufen, und deren Nachweis ebenfalls dem Chemiker unmöglich war. Man kann also nur aussprechen, dass eine Vergiftung durch Atropin oder durch eine dem Atropin ähnliche Substanz vorgelegen habe. Lediglich ein krankhafter Prozess kann nicht zum Tode geführt haben, da eine pupillenerweiternde Substanz im Harn aufgefunden worden war. Wenn ich nun auf die Schwierigkeiten mancher forensischen Untersuchung aufmerksam gemacht habe, so lassen sich andere Beispiele für den hohen Grad der Vollkommenheit der Methodik aufführen. Dies ist bei der Arsenvergiftung der Fall. Die Genauigkeit der chemischen Methoden für den Nachweis der arsenigen Säure und der Arsensäure geht fast über das Bedürfnis der forensischen Medizin hinaus. Leider ist die Methode des Nachweises durch manche Umstände getrübt. Der Gerichtsarzt muss daher eine genaue Kenntnis der Methoden des Chemikers haben, um seine Arbeit kritisch beurteilen zu können. Eine Untersuchung auf Arsen gehört, was die Apparate betrifft, zu den einfachsten Untersuchungen, denn man benutzt dazu den Ihnen allen bekannten Marsh'schen Apparat. Man bedient ihn zur Wasserstoffentwickelung mit Zink und Schwefelsäure, und sogleich können Fehlerquellen auftreten. Das Zink kann Arsen enthalten. Es ist diese Verunreinigung nicht gleichmässig verteilt, sondern sie findet sich in kleinen Nestern vor. Ferner

enthält die Schwefelsäure häufig Arsen. So kann es sich ereignen, dass ein Marsh'scher Apparat eine Zeit lang normal funktioniert, bis ein kleines Arsennest angefressen wird und nun zu Täuschungen Veranlassung geben kann. Es werden also zur Sicherstellung mehrere Proben erforderlich sein. Ich möchte Sie daran erinnern, dass der Chemiker A. W. von Hofmann in einem sehr wichtigen Falle einer Arsenuntersuchung sich wochenlang einschloss, um mit voller Sicherheit für das Resultat seiner Untersuchung eintreten zu können.

Handelt es sich nur um den Nachweis der arsenigen Säure, falls in pulverförmigem Zustand eingenommen, so bedarf man nicht einmal des Marsh'schen Apparates. Fast in allen Fällen zeigte es sich, dass grössere Quantitäten dieser Substanz zu Selbstmordversuchen, zum Morde oder aus Unvorsichtigkeit in Anwendung kamen. Es findet sich dann die arsenige Säure in Substanz im Erbrochenen; bei der Sektion kann sie im Magen oder Darm enthalten sein. Zum Nachweise wird das Erbrochene oder der Magen- und Darminhalt mit viel Wasser verdünnt und umgerührt. Die pulverförmige arsenige Säure setzt sich am schnellsten zu Boden, und man giesst nun die Hälfte der darüber stehenden Flüssigkeit ab, fügt neues Wasser hinzu und führt diese Schlämmmethode mehrere Male aus. Die arsenige Säure findet sich dann als kleine weisse Masse auf dem Boden des Gefässes. Bringt man das abgetrocknete Pulver oder die abgetrockneten Stückchen des weissen Materials in ein kleines Glasrohr und erhitzt, so sublimiert die arsenige Säure und lagert sich in Oktaedern an den kälteren Partien des Glasrohres ab. In etwas umständlicherer Weise lässt sich dann hier auch die Reduktion der arsenigen Säure bewirken, indem man in das Glasröhrchen ein Stückchen Kohle hineinbringt, die zum Glühen erhitzt ist und die arsenige Säure herübersublimieren lässt. Man erhält dann den bekannten Arsenspiegel, auf dessen nähere Beschaffenheit ich hier nicht einzugehen brauche.

Ist dagegen die arsenige Säure in Form der Fowler'schen Lösung verschluckt, so ist sie auf diese Weise natürlich nicht zu erkennen, da die Salzsäure des Magens die arsenige Säure bei Gegenwart von Peptonen genügend abzuscheiden nicht im stande ist. Hier muss dann eine ausgiebigere chemische Analyse dem Gerichtsarzt unterbreitet werden.

Die Arsenvergiftungen sind für die forensische Beurteilung sehr verschiedener Natur; da, wo dampfförmig das Arsen eingeatmet wird, beginnen die ersten Erscheinungen gewöhnlich mit Kopfschmerzen, Hinfälligkeit, und es kann zu Bewusstlosigkeit und längerer Ohnmacht kommen, Erscheinungen, welche fast niemals in den Vordergrund treten, wenn die Arsenaufnahme vom Magen und Darm aus stattfindet. Die Vergiftungen durch flüchtige Arsenverbindungen oder durch

Arsenstaubeinatmungen sind die selteneren. Hier liegt der Schwerpunkt der Untersuchung nicht in dem Nachweise des Arsens im Organismus und seinen Sekreten, sondern in der scharfen Prüfung der Aussenwelt. Da die Arsenverbindungen so ausserordentlich verbreitet sind, bedarf es einer scharfen Kritik. Es sei hier daran erinnert, dass solche Vergiftungen von ausgestopften Tieren herrühren können, die mit Arsenseifen gefüllt sind. Stoffe nicht bloss mit grünen, sondern auch mit anderen Farben sind gelegentlich arsenhaltig befunden worden. Am bekanntesten ist das Vorkommen des Arsens in den Tapeten, da noch immer Schweinfurter Grün benutzt wird. Aber es kann eine Tapete ganz arsenfrei sein und der darunter liegende Kleister arsenhaltig. Wahrscheinlich verbreiten sich Arsenverbindungen nicht bloss staubförmig, sondern auch in flüchtigen Verbindungen, welche durch Umsetzungen mit organischer Substanz in Gegenwart von Wasser entstehen können. Nach Siemens'scher Annahme sollte es direkt Arsenwasserstoff sein.

So liegen Fälle vor, dass Arbeiter wie vom Blitz getroffen umfielen, als sie silberhaltiges Zink in Salzsäure auflösten, um das sich bildende Chlorsilber abzutrennen. Durch die mit Arsen verunreinigte Salzsäure entstand Arsenwasserstoff.

Andersartig liegt die Beurteilung, wenn die Vergiftung durch Aufnahme von Arsenverbindungen *per os* stattgefunden hat. Hier tritt für den Arzt wieder die Beurteilung des Symptomenkomplexes ausserordentlich in den Vordergrund. Aber sie kann nicht allein zur Annahme einer Arsenvergiftung führen, da Brechdurchfall in Cholerazeiten sogar zu Verwechselungen mit der Cholera führen kann. Man kann daher während einer Choleraepidemie in eine sehr schwierige Lage geraten, zu beurteilen, ob sich nicht doch neben Choleratodesfällen eine Arsenvergiftung eingeschlichen hat, wie es sich praktisch in der Geschichte der Toxikologie gezeigt hat. Man hat angenommen, dass reiswasserähnliche Stühle nur für die Cholera charakteristisch sind. Das ist nicht richtig, sie treten auch bei der Arsenvergiftung auf. Es ist ja auch der Reiswasserstuhl bei der Cholera nicht ein Produkt der bakteriellen Einwirkung auf die Fäkalien, sondern er entsteht durch eine Läsion des Plexus solaris. Wir kennen auch andere Substanzen, welche diese reiswasserartigen Stühle veranlassen. So ist von dem Agaricus fomentarius, der besonders in Oesterreich vielfach vorkommt, nachgewiesen, dass er zu reiswasserähnlichen Stühlen führt. Man wird natürlich mit Hilfe der bakteriellen Untersuchung auf Kommabazillen untersuchen können. Wir wissen aber doch, dass bei den Choleraepidemien Kommabazillen gelegentlich bei Individuen im Darm gefunden worden sind, ohne dass die Symptome der Cholera vorhanden waren, so dass ihre Anwesen-

heit auch nicht als absoluter Beweis dafür gelten könnte, dass keine Arsenikvergiftung vorliegt.

Handelt es sich um Exhumation der Leiche, so kann selbst der exakte Nachweis des Arseniks auch noch zu Missverständnissen führen, und es ist mir immer der von Hoppe angeführte Fall in Erinnerung geblieben, dass gerade während einer Choleraepidemie der Verdacht eines Todesfalles durch Arsenikvergiftung bei einer Person vorlag, von der Leichenteile entnommen wurden. Es wurde reichlich Arsenik, jedoch merkwürdigerweise nicht in der Magengegend, sondern am Kopfende gefunden. Hierdurch aufmerksam gemacht, forschte Hoppe-Seyler weiter, ob hier nicht andere Ursachen des Arsenikbefundes vorhanden sein könnten, als eine absichtliche Vergiftung, und es stellte sich beim Nachforschen heraus, dass die Leiche mit einem grünen Kranze bekleidet war, welcher aus einer Handlung stammte, in der alle Kränze mit Schweinfurter Grün gefärbt waren, so dass eine Arsenikvergiftung ausgeschlossen werden konnte.

Für diejenigen Fälle, in welchen die chemische Untersuchung eine etwas klarere Antwort giebt, als bei der Arsenikvergiftung, ist die Phosphorvergiftung zu betrachten. Liegt ein Vergiftungsfall vor, in welchem die Symptome, wie Erbrechen, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, heftige Diarrhöen und nachfolgender Ikterus, eine Phosphorvergiftung vermuten lassen, und das corpus delicti nicht mehr vorhanden ist, so wird die Untersuchung des Erbrochenen mit Hilfe des Mitscherlich'schen Apparates in unzweifelhafter Weise den Phosphor zur Kenntnis bringen. Nur wenn das Erbrochene sehr spät eingeliefert worden ist, kann hier die Analyse versagen, weil die leuchtende Erscheinung des Phosphors durch langsame Oxydation aufgehoben wird. Allerdings ist der Phosphor auch nicht nachweisbar, wenn er im dampfförmigen Zustande in den Organismus hineingetreten ist, wie dies z. B. bei der Fabrikation der Zündhölzchen oder der Phosphorbronze der Fall ist, wo in geschmolzenes Kupfer von den Arbeitern Phosphorstangen hineingeworfen werden.

Ein Beispiel dafür, dass bei der forensischen Beurteilung der pathologisch-anatomische Befund eine Präponderanz hat, ist die Sublimatvergiftung, welche, obgleich man den Gebrauch der van Swieten'schen Lösung niemals aufgegeben hatte, besonders nach den Desinfektionsversuchen, welche ausserhalb des Organismus mit Sublimat angestellt wurden, wieder in Erscheinung trat.

Die Bezeichnung des Sublimats als ein „Corrosivum“ giebt eigentlich nicht genau die Eigenschaften dieser Substanz wieder, denn wenn Sublimat auf die Haut gebracht wird, oder wenn es selbst in mehr oder weniger konzentrierten Lösungen auf die Schleimhaut direkt einwirkt, wird eine ätzende Eigenschaft nicht beobachtet, falls nicht bei Schleimhäuten Sublimat längere Zeit an Ort und Stelle festgehalten

wird. Bei der Sublimatvergiftung lässt es sich zeigen, dass sogar die ätzenden Eigenschaften im Magen und Dünndarm gar nicht aufzutreten brauchen, und erst im Dickdarm die pathologisch-anatomischen Erscheinungen in Form von Extravasaten und diphtherischen Geschwüren sich kennzeichnen, wobei *intra vitam* starke Diarrhöen beobachtet werden. Es gab eine Zeit, wo man sich bemühte, eine Erklärung für diese Erscheinung darin zu finden, dass sich in den tieferen Partien des Darmes erst Quecksilberverbindungen bilden, welche zur Läsion des Darmes führen. Es konnte schon vor längerer Zeit meinerseits nachgewiesen werden, dass diese Theorie nicht begründet ist, weil genau dieselben Erscheinungen eintreten, wenn Sublimat oder andere Quecksilbersalze subkutan injiziert werden. Hier ist für die forensische Medizin durch die Eigenartigkeit der anatomischen Störungen ein Anhalt für die Beurteilung geboten, selbst wenn die schädliche Substanz ausserhalb des Organismus für die Erkennung nicht zur Disposition stand. Immerhin wird natürlicherweise hier auch die chemische Untersuchung als Stütze dienen müssen, und zwar sind es nicht die gewöhnlichen chemisch-analytischen Nachweise, welche bei der Untersuchung der Organe und der Sekrete zum Ziele führen, sondern die elektrolytische Methode ist hier die am besten anwendbare. Sind die zu untersuchenden Organe mit chlorsaurem Kali und Salzsäure zerstört, hat man die überschüssige Salzsäure verdampft und eine neutrale Lösung erhalten, so wird mittels des galvanischen Stromes an der Goldelektrode das Quecksilber abgeschieden. Die kleinste Spur von Quecksilber kann dadurch entdeckt werden, dass man das Gold in einem kleinen Glasrohr glüht, das flüchtige Quecksilber lagert sich als mehr oder weniger sichtbarer Spiegel an den kalten Teilen des Glasrohres ab und wird durch Joddämpfe in Jodquecksilber übergeführt, so dass die kleinsten Mengen von Quecksilber dem Auge sichtbar werden. Auf demselben Prinzip beruht die Methode, das Quecksilber an Lametta abscheiden zu lassen, um dieses dann in derselben Weise zu behandeln. Auch ist eine wenig umständliche Methode, die zu untersuchende Flüssigkeit zu vielfach wiederholten Malen über kleine Mengen Zinkstaubes zu filtrieren, der etwaiges Quecksilber zurückhält. Nach dem Trocknen des Zinkstaubes führt die Manipulation, wie bei dem Gold und der Lametta, zur Abscheidung des etwa vorhandenen Quecksilbers.

Man wird bei den gerichtschemischen Untersuchungen die Frage der Antidote auch in Betracht ziehen müssen, obgleich die Diskussion derselben für die Therapie ja eine grössere Bedeutung hat. Aber es werden häufig Antidote verwendet, welche zu Giften werden können, wie z. B. bei der Atropinbehandlung das Morphium, bei der Strychninvergiftung das Curare, bei der Atropinvergiftung das Muskarin. Da wir jetzt wissen, dass diese Substanzen auch bei subkutaner Anwendung

sich im Magen ausscheiden können, so ist dadurch für die Beurteilung eine neue Schwierigkeit erwachsen; denn früher konnte man die Anschauung nicht haben, dass im Magen aufgefundene Substanzen als Sekretionsprodukte des Magendarmkanals aufzufassen seien.

Ich hoffe, m. H., Sie haben aus den wenigen Beispielen, die die kurze Zeit eines Vortrages mir vorzuführen gestattete, ersehen, dass bei der Beurteilung von Vergiftungen sich nicht ein einheitliches Prinzip aufstellen lässt, nach dem man sich ein- für allemal richten könne, sondern dass durch die Eigenartigkeit der Substanz, abgesehen von der Eigenartigkeit der Individuen, jeder Fall einer ganz besonderen kritischen Betrachtung bedarf. Wie die Substanzen unter sich in ihren Eigenschaften meistens keine Aehnlichkeit darbieten, so ist auch bei den Vergiftungen jedesmal ein neues Bild geschaffen, für dessen Betrachtung es der schärfsten Kritik bedarf.

Ueber Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt.

Siebenter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin“, gehalten am 4. März 1902

von

Prof. Dr. **R. Olshausen**,
Geheimer Medizinalrat.

Geehrte Herren Kollegen! Ich werde die Ehre haben, Ihnen über Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt vorzutragen.

Die Fortpflanzungsfähigkeit hat Interesse für den Gerichtsarzt wesentlich in Fällen, in welchen nach § 1333 des B.G.B. die Ehescheidung angestrebt oder die Giltigkeit der Ehe angefochten wird, oder wo nach § 1575 auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft Klage erhoben wird.

Beim Mangel der Fortpflanzungsfähigkeit ist zu unterscheiden, ob es sich um eine Impotentia coeundi oder eine Impotentia gignendi handelt. Beides kann den Mann oder die Frau betreffen.

Bei dem Manne sind Missbildungen — Epispadie, Hypospadie — selten Ursachen der Impotentia coeundi. Die Impotenz als Folge von Onanie oder Neurasthenie spielt eine ungleich grössere Rolle. Weit häufiger und wichtiger ist aber in der Sterilitas matrimonii die Impotentia gignendi des Mannes. Es kann als feststehend erachtet werden, dass in einem Drittel und mehr aller Fälle die Sterilität der Ehe auf Azoospermie oder Oligozoospermie beruht. Und in diesen Fällen untauglichen Sperma's ist die Ursache fast immer in früherer Gonorrhöe zu finden, die, wenn man den Angaben der Männer trauen darf, oft nur mit einseitiger Epididymitis verlaufen war.

Seltener als diese Ursachen und weit schwieriger zu beurteilen sind die Fälle sogenannter Zwitterbildung.

Ob es wahre menschliche Zwitter giebt, ist immer noch nicht ganz sichergestellt. Unter Hermaphroditismus verus versteht man ja solche Körper, auf deren einer Seite eine männliche Geschlechtsdrüse sich findet, auf deren anderer eine weibliche vorhanden ist. Es sind nun zwar einzelne solche Fälle beim Menschen anatomisch beschrieben; aber es sind ihrer doch so wenige, und diese scheinen auch so wenig zweifellos zu sein, dass man das Vorkommen wirklicher menschlicher Zwitter noch nicht sicher behaupten kann.

Sind sie erst einmal zweifellos nachgewiesen, so hat die Thatsache besonders auch deshalb ein grosses wissenschaftliches Interesse, als es dann die Existenz männlicher und weiblicher unbefruchteter Eier im Eierstock zu widerlegen schiene. Ein männliches Ei kann dann doch kein Ovarium entwickeln und ein weibliches keinen Testikel. Oder man müsste zu der eigentümlichen Annahme zwitterhafter, unbefruchteter Eier kommen.

So wenig nun die Fälle wahren Hermaphroditismus, wenn es solche überhaupt giebt, praktisch in Betracht kommen, so gilt doch dasselbe nicht von dem sogenannten Hermaphroditismus transversalis, bei dem der Widerspruch darin liegt, dass der Charakter der äusseren Genitalien dem der inneren nicht entspricht: aussen männlich, innen weiblich; oder, was das weit Gewöhnlichere ist: innen Testikel, äusserlich anscheinend weibliche Genitalien, event. gut entwickelte Brüste und langes Kopfhaar.

Begreiflich wird ja diese Art von Verbildung der äusseren Genitalien durch die ursprünglich gleiche Anlage der Teile, aus welchen sich, von den Generationsdrüsen abgesehen, die Genitalorgane entwickeln. Wo Testikel vorhanden sind, sollen sich die Müller'schen Gänge zurückbilden zur kleinen Vesicula prostatica, während der Wolff'sche Gang und Körper sich zum Vas deferens und zur Epididymis entwickeln. Statt dessen entwickeln sich die Müller'schen Gänge zu einer Art Vagina und Uterus; die beiden Genitalwülste bleiben getrennt, die Testikel descendieren nicht, Penis und Urethra bleiben kurz.

Diese Fälle sind oft für die Beurteilung ausserordentlich schwierig. Das zeigte unter anderen der berühmt gewordene Fall der Katharina Hohmann aus Mellrichstadt, welche ich mit der Mehrzahl der Untersucher für einen Mann hielt. Vor einer Anzahl von Jahren hatte ich mit Virchow und dem verstorbenen Bardeleben vom Kgl. Kultusministerium den Auftrag bekommen, einen Hermaphroditen zu untersuchen, welcher bisher als Lehrerin in einer kleinen Stadt thätig gewesen war. Die Feststellung des Geschlechts war ungemein schwierig, doch konnten wir uns nach exakter Untersuchung, besonders auch Untersuchung per rectum, dahin einigen, dass die Lehrerin männlichen Geschlechts war. Der Hermaphrodit setzte alsdann, nach dem nötigen Kleiderwechsel, seine Thätigkeit als Lehrer in einem ganz entfernten Teil der Monarchie fort.

Beim Weibe spielt die Impotentia coeundi für den Gerichtsarzt eine grössere Rolle als die sonst weit häufigere Impotentia generandi. Für die letztere, also das Unvermögen, trotz normaler Kohabitation, schwanger zu werden und ein Kind auszutragen, giebt es eine grosse Menge von Ursachen. Man kann fast sagen, dass gelegentlich beinahe jeder erheblich pathologische Zustand der Genitalien zur Ursache einer Sterilität werden kann; doch sind es vorwiegend häufig nur zwei Gruppen von Krankheitszuständen, nämlich:

1) Erkrankungen der Adnexa uteri, meistens Erkrankungen der Tube—Hydrosalpinx, Pyosalpinx mit vielfachen Verwachsungen der Tuben und Ovarien untereinander. Da diese Prozesse in der grossen Mehrzahl der Fälle die Folge gonorrhoischer Infektion sind, so spielt auch in der weiblichen Sterilität die Gonorrhöe die Hauptrolle. Wenn man die Behauptung aufstellt, dass Gonorrhöe in drei Viertel der Fälle bei sterilen Ehen die eigentliche Ursache der Sterilität ist, so erreicht das vielleicht die Wahrheit noch nicht ganz.

2) Die andere grosse Gruppe von Sterilitätsfällen beim Weibe betrifft Verengerungen im Genitalkanal. Eine solche Stenose sitzt aber nur in der Minderzahl der Fälle am Orific. extern. uteri. Hier kommen zwar Stenosen so hohen Grades vor, dass eine Sonde von 2 mm Durchmesser das Orific. nicht passieren kann — meistens ist in diesen Fällen zugleich eine abnorm lange, exquisit konische Portio vaginalis vorhanden — und eine solche Stenose kann eine Konzeption für viele Jahre oder dauernd verhindern. Aber die Fälle sind doch Seltenheiten gegenüber den Fällen von Stenosis orificii interni, welche die Konzeption hindern. Hier handelt es sich meistens um ein Uebermass von Anteflexio, wodurch die Stenose bedingt wird. Viele dieser Frauen leiden zugleich an Dysmenorrhoea mechanica. So unmöglich es auch ist, einer solchen Frau nach der blossen Untersuchung die Sterilität zu prognostizieren, so zeigt doch der Erfolg einer auf die Ursache gerichteten Therapie oft genug zur Evidenz, dass nur die Stenose des Orific. int. die Ursache der Sterilität war.

Das Orific. ext. wird nur zu oft mit Unrecht beschuldigt, wie man aus der grossen Zahl unnützer und auf unblutigem oder blutigem Wege erfolglos ausgeführter Dilatationen des äusseren Muttermundes leicht erkennt.

Um noch einige andere Ursachen der Sterilität anzuführen, will ich nur kurz erwähnen, dass gelegentlich Uterusmyome, Polypen, Retroflexionen u. a., wenn auch nur sehr ausnahmsweise, Sterilität bedingen.

Sterilität ist nun bekanntlich kein Scheidungsgrund; aber die Fälle kommen doch wegen der Rechtsstreitigkeiten, welche dabei entstehen, dann und wann zur Beurteilung des Gerichtsarztes.

Häufiger ist dies der Fall da, wo eine Impotentia coeundi seitens der Frau vorliegt. Gewöhnlich handelt es sich dann um sogenannten Vaginismus. Dieser Zustand muss als eine Neurose des Genitalapparates definiert werden. Zwar liegen auch örtliche Anomalien oft zu Grunde; entweder eine abnorme Enge der Vagina oder entzündliche Prozesse derselben nicht selten als Folge einer frischen genorrhoischen Infektion. Aber die durch solche Verhältnisse zunächst bedingte Schmerzhaftigkeit wird excessiv und steht zu der organischen Erkrankung bald nicht mehr im Verhältnis. Die Schmerzhaftigkeit wird dabei durch psychische Vorgänge hochgradig gesteigert. Es kommt eine

Hyperästhesie zu stande, welche auch nach Ablauf etwaiger entzündlicher Prozesse bestehen bleibt. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um nichts weiter als um Hyperästhesie, und der Name „Vaginismus“ trifft meistens nicht zu; denn unter Vaginismus verstand man ursprünglich nur den bei dieser Hyperästhesie bisweilen entstehenden Krampf der Muskulatur des Beckenbodens, speziell des Levator ani. Wo dies hinzutritt, handelt es sich um die schlimmsten Fälle, für die man den Namen Vaginismus reservieren sollte. — Die bei Gelegenheit beabsichtigter Scheidung, welche nach § 1568 des B.G.B. angestrengt wird, auftretende Frage, ob eine am Vaginismus leidende Frau gezwungen werden kann, sich zum Zweck der Heilung von diesem Leiden einem ungefährlichen und nicht operativen Heilverfahren zu unterziehen, hat nicht der Gerichtsarzt zu beantworten. Das ist Sache des Richters. Wohl aber kann der Gerichtsarzt die Frage beantworten, ob und mit welchen Mitteln das Leiden heilbar ist. Er kann aussagen, dass das Leiden, selbst in seiner schlimmsten Form, binnen kurzer Zeit heilbar ist, und zwar ohne Operation, aber allerdings nicht ohne Narkose. Eine oder selbst mehrere Narkosen sind gewöhnlich nötig. Damit ist nach meinen Erfahrungen, bei gutem Willen der Frau, aber auch der verzweifelst aussehende Fall heilbar.

Wir kommen zum Kapitel der Schwangerschaft.

Hier interessiert zunächst die Dauer der Schwangerschaft. Dieselbe war im früher giltigen Landrecht festgelegt auf das Maximum von 300 Tagen; bei Witwen wurde die Konzession gemacht, dass die Schwangerschaft 302 Tage dauern könne. Es lag darin schon das Geständnis, dass 300 Tage nicht unbedingt die längste Dauer der Schwangerschaft sei. Nach § 1592 des B.G.B. ist die „Empfängniszeit“ bei in der Ehe erzeugten Kindern auf 181—302 Tage festgesetzt, beide Tage eingerechnet. Es ist aber der Zusatz gemacht: „Steht fest, dass das Kind innerhalb eines Zeitraumes empfangen worden ist, der weiter als 302 Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt, so gilt zu Gunsten der Ehelichkeit des Kindes dieser Zeitraum als Empfängniszeit.“

Hiernach ist also die Möglichkeit offen gelassen, dass ein Kind später geboren wird als 302 Tage nach der Empfängnis. Es kann ja kein Zweifel sein, dass in der That Schwangerschaften von längerer Dauer vorkommen. Allen erfahrenen Geburtshelfern begegnen öfter Fälle, wo die Dauer von 303—310 Tagen unzweifelhaft ist. Ja, auch die Dauer von 320—324 Tagen kommt wohl bisweilen vor. Die Fälle, wo dies absolut sicher beweisbar ist, sind allerdings selten. Unverdächtige Fälle aber bei Verheirateten, bei welchen jeder Grund zu absichtlicher Täuschung fehlt, und alle Momente sich vereinigen, um die längere Tragzeit wahrscheinlich zu machen, sind doch recht häufig.

Die Momente, welche zu einer solchen Annahme berechtigen können, sind die Anamnese bezüglich der letzten Menstruation, falls die Angaben präzise und unzweideutig sind, übernormales Gewicht und Grösse des Kindes, die Härte seiner Schädelknochen, das Verhalten der Placenta, besonders der Befund ausgedehnter Verkalkungen. Mit diesen Mitteln kann der Arzt oft doch es mindestens höchst wahrscheinlich machen, dass ein Kind übertragen ist.

Dasjenige Kapitel der Schwangerschaft, welches für den Gerichtsarzt die grösste Wichtigkeit hat, ist die künstliche kriminelle Unterbrechung derselben. Doch brauche ich hierauf nicht einzugehen, da dieselbe in einer anderen Vorlesung, welche Herr Dr. Gottschalk halten wird, den Gegenstand besonderer Erörterung bilden wird.

Wir wenden uns zur Geburt. Hier sind die Kunstfehler der Aerzte und Hebammen von der grössten Bedeutung. Anklagen wegen fahrlässiger Tötung infolge ärztlicher Kunsthilfe betreffen in der grossen Mehrzahl geburtshilfliche Fälle. Der Fehler kann in solchen Fällen beruhen auf falscher Diagnose oder aber auf falscher Behandlung bei richtig gestellter Diagnose, bezw. auf Ausführung einer Operation ohne Indikation, endlich auf falscher Ausführung in der Art des operativen Eingriffs. Eine falsche Diagnose kann an und für sich natürlich niemals strafbar sein, da Irren menschlich ist, und wir Alle gelegentlich falsche Diagnosen stellen. Die falsche Diagnose wird aber dadurch von besonderer Bedeutung, dass sie zu falschem Handeln führt und, da diese falsche Therapie keinen Erfolg hat, zu weiteren ganz ungerechtfertigten Massnahmen verleiten kann.

Die Art der Fälle zeigt nun begreiflicherweise eine grosse Mannigfaltigkeit und dementsprechend auch die Art der Kunstfehler. Es wäre fast unmöglich, sie alle der Reihe nach zu besprechen, und ich muss mich deshalb darauf beschränken, einige häufig wiederkehrende zu erörtern.

Einer der häufigsten Kunstfehler, der in der Geburtshilfe begangen wird, ist die Applikation der Zange an den hochstehenden Kopf. In der Mehrzahl der Fälle liegt hier ein diagnostischer Irrtum vor, indem der noch über dem Beckeneingange stehende Kopf für einen im Becken stehenden genommen wird. Es kommt aber sehr oft der weitere Irrtum hinzu, den nach alter, längst für falsch erkannter Lehre sehr viele Aerzte noch über den Gebrauch und die Wirkung der Zange haben, indem sie glauben, dass die Zange recht eigentlich für das enge Becken da sei. Die Zange passt im allgemeinen für das enge Becken, wie die Faust aufs Auge. Wo man bei weitem Becken, auch wenn der Kopf hoch steht, ohne Schaden zur Zange greifen könnte, darf man es doch bei engem Becken, wenn die Verhältnisse sonst sich gleich sind, durchaus nicht

thun. Nicht die Zange, sondern die Wehen können in der Regel allein ein wesentliches Missverhältnis für Mutter und Kind noch glücklich ausgleichen.

Nun werden aber bei der Operation selbst nicht selten zwei wesentliche Fehler gemacht. Erstlich wird in der Meinung, dass der Kopf im Becken stehe, oft ein ganz ungeeignetes Instrument gewählt, eine kurze Beckenausgangszange, welche sehr bald abgleiten muss. Ein anderer, weit schlimmerer Fehler aber ist es, wenn mit der angelegten Zange nun endlose Versuche der Extraktion gemacht werden, manchmal, wie ich aus Erfahrung weiss, stundenlange Versuche. Das ist immer ein Kunstfehler. Wo ein Zangenversuch nicht in 15—20 Minuten — das ist schon sehr lange — zum Ziele führt, muss man aufhören, weil man sonst die Gesundheit und das Leben der Kreissenden durch die enorme Quetschung der Weichteile aufs höchste gefährdet. Man muss dann aus dem vergeblichen Versuche, weil er immer die Mutter gefährdet, wenn sie noch länger unentbunden bleibt, die Konsequenz ziehen und, da die Frucht immer abgestorben sein wird oder im Absterben begriffen ist, die Geburt auf die für die Mutter schonendste Weise beenden, d. h. durch Perforation.

Verhältnismässig häufig handelt es sich auch um eine Zange am nachfolgenden Kopf. Die Zange wird vergeblich appliziert und, wenn der Operateur nur seinen Irrtum erkennt, bald wieder abgenommen. Der Irrtum besteht nämlich sehr gewöhnlich darin, dass der nachfolgende Kopf, welcher nicht extrahiert werden konnte, ein Hydrocephalus war, der nicht erkannt wurde. Das richtige, diagnostische Hilfsmittel, welches anzuwenden versäumt war, besteht in der bimanuellen Untersuchung, welche die abnorme Grösse des Kopfes leicht erkennen lässt. Der diagnostische Irrtum liess dann das einzig richtige Mittel — die Perforation — nicht anwenden, sondern führte zu einer falschen Therapie, der Zange. Wird diese falsche Behandlung mit Vorsicht und mit Reserve angewandt, so wird sie in der Regel nicht schaden. Werden aber die Versuche auch hier ins Endlose weitergeführt, so können die Folgen die denkbar schlimmsten sein.

Was nun die gerichtsärztliche Beurteilung solcher Fälle betrifft, so kann natürlich der diagnostische Irrtum so wenig strafbar gemacht werden, wie der darauf gegründete therapeutische Eingriff an und für sich. Was aber strafbar werden kann, ist das indikationslose Operieren und die falsche Ausführung der Operation. War keine Indikation für die Operation ersichtlich, und war dann ein ungebührlich ausgedehnter Zangenversuch gemacht worden, danach auch die Kreissende ohne Hilfe gelassen, so waren das Kunstfehler, die eventuell strafbar werden können.

Geburtshilfliche Fälle, welche verhältnismässig häufig zur Anklage von Arzt und Hebamme führen, sind die tödlich verlaufenen

Fälle von Uterusruptur. Es ist dies um so auffälliger, als bekanntlich die grosse Mehrzahl der Uterusrupturen spontan eintritt. Freilich giebt es ja die sog. violenten Rupturen, die gewöhnlich während der Wendung eintreten, seltener während einer Zangenextraktion oder beim Herabholen eines Fusses, selbst bei manueller Umwandlung einer Gesichtslage in Schädellage. Der Geburtshelfer kann hier die Schuld tragen, wenn er z. B. während der Wehe weiter operiert oder die Fingerknöchel im engen Uterus brüsk gegen die gespannten Uteruswände drängt, anstatt mit flach ausgestreckter Hand zu operieren. Gewöhnlich sind aber solche Fehler gewiss nicht zu beschuldigen, auch wohl niemals erweislich, sondern die Ursache der Ruptur war in dem Geburtsverlauf begründet. Die Dehnung des unteren Uterinsegments, welche entsteht, wenn bei irgend einem Geburtshindernis (enges Becken, Hydrocephalus, Querlage, Tumoren an der Cervix) der Uterus sich vergeblich abgemüht hat, das Kind vorwärtszutreiben, ist dasjenige Moment, welches allein genügt, die Ruptur vorzubereiten oder die spontane Ruptur entstehen zu lassen. Es kommt also für den Arzt alles darauf an, dass er die Entstehungsweise der Ruptur kennt und die Anzeichen der drohenden Ruptur erkennt. Er muss wissen, dass die Ruptur zu stande kommt durch eine Ueberdehnung der Uteruswandungen, soweit sie unterhalb des sog. Kontraktionsringes liegen. Er muss wissen, dass man diese Ueberdehnung erkennt durch die fühlbare Verdünnung des unteren Gebärmuttersegments bei gleichzeitig auftretender Schmerzhaftigkeit dieser Partie, durch die Ausbildung eines Kontraktionsringes, der hoch über der Symph. o. p., oft in Nabelhöhe, fühlbar wird, durch Anspannung eines oder beider Ligg. uteri rotunda bei meist gleichzeitig sehr verändertem Allgemeinbefinden der Kreissenden.

Wo diese Symptome ausgeprägt sind, kann man auf den Eintritt der Ruptur gefasst sein und muss ihr durch Beendigung der Geburt zuvorzukommen suchen. Die Wendung ist aber in solchen Fällen kontraindiziert, weil die blosse Einführung der Hand in den Uterus und noch mehr die Umdrehung des Kindes in utero die verdünnte Wand zu zerreissen vermag.

Natürlich erfordert die rechtzeitige Erkenntnis der bedrohlichen Prodrome einige geburtshilfliche Erfahrung; aber auch der Erfahrenste ist nicht im stande, den Moment, wann die Ruptur eintreten wird, zu prognostizieren oder auch nur in jedem Falle die Gefahr überhaupt vorher zu erkennen. Die Ausziehung des unteren Uterinsegments erfolgt in einzelnen Fällen bei Mehrgebärenden so überraschend schnell, dass schon eine Stunde nach dem Blasensprung, nach nur mässiger Wehenthätigkeit, die Dehnung bis zur Ruptur gediehen sein kann.

Für die Beurteilung der Schuld des Arztes folgt daraus, dass man bei spontaner Ruptur wohl niemals die Schuld des Arztes, welche

in der Unterlassung der Beendigung der Geburt liegen kann, wird erweisen können; aber auch bei violenter, während der Wendung entstandener Ruptur wird die Schuld des Arztes schwerlich jemals zu erweisen sein. Eher wäre dies möglich, wo mit der Zange arge Verletzungen, wie Perforation des Scheidengewölbes, gemacht worden waren.

Die neue Lehre über die Entstehungsweise der spontanen Uterusrupturen, welche wir dem verstorbenen Bandl verdanken (die erste Publikation darüber erfolgte 1875), findet bei älteren Aerzten, welche in dieser Lehre noch nicht aufgewachsen sind, oft noch wenig Glauben. Wiederholt bin ich deswegen von Kollegen interpelliert worden. Ein Kollege berichtete mir einst ausführlich über einen Fall, in welchem nach den Lehrbüchern die Wendung wegen drohender Uterusruptur kontraindiziert war. Er unternahm die Wendung dennoch, ohne dass die gefürchtete Ruptur eintrat. Natürlich ist ein solcher Fall — und wenn es deren mehrere wären — noch nicht ein Beweis gegen die Richtigkeit der Lehre. So gut wie in dem einen Falle die Ruptur früher eintritt, als wir sie vermuten, so gut kann sie in einem anderen Falle ausbleiben, wo sie zu drohen scheint. Glücklicherweise führt ja nicht jeder Kunstfehler schlimme Folgen herbei, und nicht jede, eigentlich kontraindizierte Wendung eine Ruptur.

Dass die Lehre über die Entstehungsweise der Rupturen, wie sie Bandl uns überliefert hat, das Richtige trifft, leidet keinen Zweifel. Zuzugeben ist aber, dass es einzelne Fälle mit anderer Aetiologie giebt; und die Rupturen in der Schwangerschaft, welche meist schon in der Mitte der Schwangerschaft auftreten, haben eine völlig andere Aetiologie, die durchaus noch nicht völlig aufgeklärt ist.

Bei der Häufigkeit, mit welcher gerade Uterusrupturen zur Anklage von Arzt oder Hebamme führen, will ich einen Fall hier mitteilen, der mir vor längeren Jahren in gerichtlicher Thätigkeit vorkam.

Bei der Entbindung einer Mehrgebärenden wurde die Hebamme aus Gründen, die mit der Thätigkeit derselben gar nichts zu thun hatten, noch vor Beendigung der Geburt vom Ehemanne fortgewiesen, und an ihrer Stelle eine andere Hebamme gerufen. 12 Stunden nachdem die erste Hebamme die Kreissende verlassen hatte, trat spontane Uterusruptur ein, an welcher die Wöchnerin zu Grunde ging. Und nun wurde die erste Hebamme der fahrlässigen Tötung angeklagt, weil sie die Ruptur hervorgerufen hätte, die man jetzt als violente Ruptur ausgab. Der Beweis für die Schuld der Beklagten stützte sich lediglich darauf, dass dieselbe einmal bei der Untersuchung der Kreissenden Schmerzen gemacht hatte. Bei der gerichtlichen Obduktion sah man nicht einmal nach den Verhältnissen des Beckens, obgleich die Verstorbene erwiesenermassen Rachitis gehabt hatte. Dass die ersten Symptome der Ruptur — plötzlicher Schmerz und Aufhören der Wehenthätigkeit — erst 12 Stunden nach Weggang der ver-

klagten Hebamme auftraten, war in dem Gutachten der Aerzte nicht beachtet. Dennoch wurde dem übereinstimmenden Gutachten der Sachverständigen gemäss die Hebamme in allen Instanzen verurteilt. Auf Ersuchen ihres Verteidigers gab ich, obgleich die Verurteilung bereits rechtskräftig geworden war, noch ein Gutachten ab, infolgedessen ihr im Gnadenwege die Strafe erlassen wurde.

Der Fall zeigt zur Genüge, wie wichtig es ist, die gesamten Vorgänge bei der Ruptur zu kennen — die Aetiologie und Symptomatologie — um einen Fall nicht ganz verkehrt zu beurteilen.

Ich komme zum Kapitel der puerperalen Sepsis. Wir wissen, dass das Puerperalfieber auch im weiteren Sinne des Wortes, also die lokalisierten Entzündungen des Peri- und Parametriums eingerechnet, nur auf Infektion beruht. Was die Frage der fremden Schuld bei einem Falle von Puerperalfieber aber erschwert und kompliziert macht, das ist die eventuelle Möglichkeit einer sog. Spontaninfektion. Die Frage liegt zur Zeit so: Auch bei gesunden Schwangeren kommen gelegentlich die schlimmsten eitererregenden Kokken in der Vagina vor — Streptokokken und Staphylokokken — aber mit sehr abgeschwächter Virulenz. Nicht so ganz selten steigen diese schlimmsten aller Eitererreger in die Gebärmutterhöhle hinauf. Dass hier die Toxine derselben resorbiert werden und leichte Intoxikationserscheinungen machen können, ist ausser Zweifel. Das Gleiche kann aber gelegentlich auch wohl ohne pathogene Kokken, durch die Anwesenheit blosser Fäulnisbakterien, die in der Uterushöhle nach den ersten Tagen des Wochenbetts immer vorhanden sind, bedingt werden. Besonders da, wo es zu einer Retention der Lochien kommt — sog. Lochiometra — tritt regelmässig Fieber ein. Aber dies sind Intoxikationen, keine Infektionen; und da solche Fälle stets schnell in Genesung endigen, werden sie niemals Gegenstand gerichtlicher Klagen.

Es ist nun aber noch die Frage, ob es nicht in vereinzelten Fällen zu einer wirklichen schweren und letalen Infektion kommen kann, anstatt zu der gewöhnlichen Intoxikation.

Eine präzise Antwort lässt sich zur Zeit auf diese Frage noch nicht geben.

Nun kommt aber noch ein Anderes hinzu, welches diese ganze Frage kompliziert: Man hat seit wenigen Jahren die Entdeckung gemacht, dass im puerperalen Genitalschlauch Gonokokken, die seit langer Zeit dort deponiert waren und eine chronische Gonorrhöe in latenter Weise unterhielten, jetzt zu frischem Leben erwachen und, indem sie von der Cervix, ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsorte, aus in den Uterus und die Tuben ascendieren, jetzt eine frische Endometritis, Salpingitis und selbst Peritonitis hervorrufen. Diese akute, d. h. wieder akut gewordene, gonorrhoische Infektion kann hohes Fieber bedingen, die Peritonitis kann diffus werden, die Kranke in

hohem Grade gefährdet erscheinen. Ob auch Todesfälle durch eine derartige akute Peritonitis gonorrhoica bedingt werden können, ist noch nicht sicher erwiesen, aber doch nicht unwahrscheinlich.

Glücklicherweise gehen die meisten Fälle, auch wenn sie zunächst bedrohlich erscheinen, doch schnell in Genesung über. Die Fälle sind ausserdem gekennzeichnet durch den gewöhnlich späteren Auftritt im Wochenbett, Ende der 1. Woche oder in der 2., ja 3. Woche des Wochenbetts.

Es ist nun gewiss kein Zweifel, dass solche Fälle bis vor kurzem immer, und auch wohl heute noch gewöhnlich, für Puerperalfieber gehalten werden. Die Diagnose auf gonorrhoische Infektion kann wohl vermutungsweise aus den klinischen Erscheinungen ex post öfter gestellt werden, mit Wahrscheinlichkeit aber doch nur durch den Nachweis von Gonokokken in den Lochien. Auch eine Ophthalmoblennorrhöe des Neugeborenen muss den Verdacht erwecken oder kann ihn verstärken.

Was lehrt uns nun aber diese unsere neue Kenntnis puerperaler Infektionskrankheiten?

1) Dass eine schwere Erkrankung einer Wöchnerin an Peritonitis mit hohem Fieber noch nicht ohne weiteres eine Infektion mit Streptokokken oder Staphylokokken bedeuten muss, d. h. nicht Puerperalfieber zu sein braucht.

2) Dass also keinenfalls der durch akute Peritonitis diffusa bei einer Wöchnerin hervorgerufene Todesfall dem bei der Geburt fungierenden Arzt oder der Hebamme zur Last fallen muss.

Es gab eine Zeit, die etwa 10—15 Jahre zurückliegt, wo bei den Gerichtsärzten vielfach die Tendenz herrschte, für jeden Todesfall, der im Wochenbett an Peritonitis oder unter dem Bilde einer akuten Infektion erfolgte, das geburtshilfliche Personal verantwortlich zu machen. Ich habe diese Anschauung stets bekämpft und wiederholt in solchen Fällen zum Vorteil der Angeklagten geltend gemacht, dass wir noch nicht so weit seien, um mit Sicherheit behaupten zu können, dass jede Infektion einer Wöchnerin an sie von aussen, während der Geburt, herangebracht sei. Ich dachte dabei wesentlich an die Möglichkeit einer Spontaninfektion mit tödlichem Ausgang. Seitdem wir aber nun gar wissen, wie häufig die gonorrhoische Peritonitis im Wochenbett ist, wie akut und bedrohlich sie auftreten kann, ist erst recht grosse Vorsicht geboten in der gerichtsärztlichen Beurteilung solcher Fälle.

Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass nicht ein Arzt oder eine Hebamme, wenn sie nachweislich die antiseptischen Vorsichtsmassregeln versäumt haben, und die Wöchnerin nachher an Sepsis zu Grunde geht, mit Fug und Recht verurteilt werden kann. Es muss aber zuvor der Nachweis geliefert sein, dass es sich in der That um

Puerperalfieber gehandelt hat, und dass die antiseptische Prophylaxe vernachlässigt wurde.

Wir kommen zu dem letzten Kapitel, welches hier besprochen werden soll, den geburtshilflichen Blutungen. Ausser den durch Ruptura uteri bedingten, die bei diesem Kapitel ihre Erledigung gefunden haben, kommen als lebensgefährliche und darum gerichtlich-medizinisch wichtige Blutungen fast nur Blutungen aus viererlei Ursachen in Betracht: die durch Placenta praevia bedingten, die aus Atonia uteri, die aus Cervixrissen, endlich die bei Retentio placentae entstehenden. Es giebt ja zwar noch andere Ursachen, aus denen in seltenen Fällen einmal eine Wöchnerin sich verbluten kann, z. B. aus geborstener Varix oder aus jenen tieferen Schleimhautrissen, welche zwischen Clitoris und Orif. ext. urethrae ihren Sitz haben. Wegen der grossen Seltenheit der Verblutung aus diesen Gründen und wegen der Einfachheit der Beurteilung in solchen Fällen werde ich diese ausser Betracht lassen.

Von den genannten vier häufigsten Ursachen des Verblutungstodes bei Wöchnerinnen giebt die Placenta praevia wohl am seltensten die Ursache für eine gerichtliche Klage ab. Jedermann weiss, dass Placenta praevia bei sachgemässer und aufmerksamster Behandlung nicht ganz selten den Tod der Mutter, noch häufiger den des Kindes unvermeidlich herbeiführt. Unter 467 Fällen mit Placenta praevia in der Poliklinik der Berliner Universitäts-Frauenklinik ging 18 mal die Mutter durch die Komplikation zu Grunde, das sind 3,8 Proz. der Fälle; und zwar erfolgte 11 mal der Tod direkt durch den Blutverlust.

Die Therapie ist bei Placenta praevia eine so wenig komplizierte, dass die Pflicht des Arztes fast immer ziemlich genau vorgezeichnet ist. Abgesehen von den Fällen, in welchen eine Therapie überhaupt unnötig ist, Fällen, welche man wegen Unerheblichkeit der Blutung der Beendigung durch die Naturkräfte überlassen kann, hat der Arzt nur über zwei wirksame Mittel zu verfügen: einmal die Wendung, sodann den blossen Blasensprung. Der letztere eignet sich nur bei vorhandener Geradlage der Frucht, wenn es sich um Placenta praevia lateralis handelt, bei der man also die Eihäute im Muttermunde neben der Placenta erreicht und sprengen kann, und wenn endlich die Blutung nicht bedrohlich, die Kreissende zur Zeit nicht in Lebensgefahr sich befindet.

Die Wirkung des Blasensprunges besteht zunächst darin, dass nach Sprengen der Blase das Ei nicht mehr ein ganzes Gebilde darstellt, welches bei jeder Wehe hinabgetrieben wird, wodurch die am und auf dem Muttermund liegende Placenta gezerrt und weiter losgelöst wird. Sodann wirkt der nun schnell herabrückende Kindesschädel als eine Art Tampon auf die blutende Stelle der Gebärmutterwand. Endlich aber — und das ist vielleicht die Hauptsache — pflegt durch den

jetzt eintretenden Druck des Kopfes auf den Muttermund und das untere Uterinsegment eine gute Wehenthätigkeit oft ganz rapide einzutreten. Der bekanntlich stets sehr weiche, nachgiebige Muttermund erweitert sich rasch, und die Geburt geht rasch zu Ende.

Bei der Wendung auf den Fuss ist die Wirkungsweise ähnlich. Der herabgezogene Steiss wirkt als Tampon, das nicht mehr intakte Ei wird nicht mehr bei jeder Wehe angespannt, die weitere Lösung der Placenta hört in der Regel auf.

Bis vor 15 oder 20 Jahren war es üblich, der Wendung, die man ja stets bei noch engem Muttermund macht — denn gegen Ende der Erweiterungsperiode hört die Blutung von selbst auf und ist die Gefahr vorüber — es war üblich, der Wendung stets sofort die Extraktion folgen zu lassen. Man hat erkannt, dass dies Verfahren — was man als accouchement forcé bezeichnet — gefährlich ist durch die tiefen Cervixrisse, welche bei Placenta praevia so leicht entstehen, wenn das Kind durch den noch engen Muttermund gezogen wird. Die Blutung pflegt dann um so erheblicher zu sein, als bei Placenta praevia die Gefässentwickelung im unteren Segment eine abnorme zu sein pflegt. Aus diesem Grunde ist das accouchement forcé allgemein aufgegeben und der blossen Wendung gewichen. Man überlässt danach die Ausstossung der Frucht der Natur. Allerdings gehen dadurch mehr Kinder verloren, aber dafür werden mehr Mütter am Leben erhalten.

Bei dieser Sachlage der Therapie bei Placenta praevia wird wohl nicht leicht ein Fall gerichtlich werden, wenn anders nicht ein Arzt sich grobe Verstösse bei der Behandlung zu Schulden kommen lässt.

Erwähnen will ich noch das Vorkommen einer selteneren Todesart bei Placenta praevia, nämlich den Tod durch Lufteintritt in die Uterusvenen. Diese Todesart ist gerade bei Placenta praevia den meisten Aerzten noch unbekannt. Man wusste zwar schon lange, dass gelegentlich bei Placenta praevia ganz plötzlich Todesfälle vorkommen, die man früher als Todesfälle durch Shock ansah. Sie kommen am häufigsten bei der Wendung oder unmittelbar nach der Geburt vor. Der Tod erfolgt durch den Eintritt grösserer Mengen Luft in die offenen Venenlumina der Placentarstelle. In 15 Jahren sind in der mir unterstehenden Frauenklinik 4 letale Fälle von Lufteintritt in die Uterusvenen bei Placenta praevia vorgekommen.

Ein eigentümliches Zeichen, ein emphysematöses Knistern beim Bestreichen der Bauchdecken kann bisweilen die Diagnose schon mit Sicherheit sofort stellen lassen. Die Autopsie ergiebt immer das Vorhandensein von Luft in den Venen des Uterus, oft in der Vena cava infer. im rechten Herzen und an anderen Stellen. Für den Gerichtsarzt ist die Kenntnis dieser Todesart um so nötiger, als sie sich besonders leicht während der Wendung ereignet.

Wenden wir uns wieder zu den Blutungen, so kommen die oft

sehr schweren Blutungen aus Cervixrissen zunächst in Betracht. Sie kommen ausser bei Placenta praevia besonders häufig vor, wenn bei unvollkommener Erweiterung des Muttermundes das Kind mit der Zange oder an den Füssen extrahiert wurde; gelegentlich aber auch ohne solche besondere Ursache bei spontanen Entbindungen, wenn kräftige Wehen das Kind durch den noch unvollständig erweiterten Muttermund treiben

Die gewöhnliche Therapie besteht von alters her in der Tamponade der Vagina oder doch der blutenden Rupturstelle. Ausspülungen sind vom Uebel, weil sie die an der blutenden Fläche haftenden Coagula immer von neuem wieder abspülen. Die Naht des Risses ist, da man den puerperalen Uterus tief in das Becken herunterdrücken kann, mitunter ein brauchbares Mittel der Blutstillung; doch ist der Arzt in der Privatpraxis, ohne andere Assistenz als die der Hebamme, oft nicht in der Lage eine Naht auszuführen. Ueberhaupt ist in der Geburtshülfe gerade bei manchen therapeutischen Eingriffen ein gewaltiger Unterschied zwischen der Behandlung in einer Klinik, in welcher genügende Assistenz und jedes andere Hilfsmittel zur Verfügung stehen, und der Behandlung in einer vielleicht ärmlichen Privatwohnung, in welcher es an allem Nötigsten fehlt. Die Behandlung, welche in einer Klinik die einzig richtige ist, kann deshalb in dem Privathause vielleicht unmöglich sein.

Wohl die schlimmste und zugleich häufigste Ursache letaler post partum-Blutungen ist die Atonia uteri. Bei jeder Blutung post partum ist das erste, was der Arzt zu thun hat, dass er den Fundus uteri mit gespreizter Hand umgreift und das Organ auf seine Kontraktion prüft. Ist die Erschlaffung des Organs evident, so sind alle die Mittel anzuwenden, welche die Kontraktion des Uterus befördern, energische äussere Reibungen; wo sie nicht helfen, Eingehen mit der ganzen Hand und Massage der Uteruswandungen mit der äusseren Hand auf der innerlich eingeführten und zur Faust geballten. Ausserdem sind intrauterine Injektionen mit sterilem Wasser, kalt oder heiss (bis 50° C), brauchbar, doch weniger wirksam als die Massage zwischen zwei Händen. Eine feste Tamponade des Uterus zu machen, ist nicht ratsam, und in der Privatpraxis schon deshalb nicht zu empfehlen, weil es ohne genügende Assistenz kaum möglich ist, die Tamponade sicher aseptisch zu machen. — Mehr als die Massage des Uterus leistet die Tamponade keinesfalls, ist überhaupt kein souveraines Mittel.

War die Placenta noch im Uterus, so ist die Herausschaffung derselben bei jeder atonischen Blutung das erste Erfordernis. Ist sie nicht durch äusseren Druck herauszubringen, so muss sie von innen geholt werden.

Die für den Gerichtsarzt fast wichtigste Art der Nachblutung

ist die auf Zurücklassung von Placentarstücken beruhende. Wer die Geburt geleitet hat, sei es Arzt oder Hebamme, darf nie versäumen, auf das peinlichste die Nachgeburt zu revidieren. An einer intakt herausgeförderten Placenta ist es leicht zu sagen, ob ein ganzer Cotyledo darin fehlt oder gar noch mehr. Was nicht immer ganz sicher zu entscheiden ist, ist die Frage, ob von der maternen Oberfläche eines Cotyledo eine dünne Schicht fehlt. Sollte dies aber auch der Fall sein, so wird daraus niemals eine Nachblutung von Bedeutung resultieren, wie dies beim Zurücklassen eines Cotyledo in seiner ganzen Dicke oft der Fall ist.

Schwieriger liegt die Sache für den Arzt, wenn die Placenta künstlich mit eingehender Hand entfernt worden ist und nun ganz zerfetzt herauskommt. An einer solchen Placenta zu entscheiden, ob etwas an derselben fehlt, resp. wie viel fehlt, ist oft ganz unmöglich. Da steht der Arzt dann vor der wichtigen Frage, ob er annehmen soll, dass die Placenta vollständig ist, oder ob er sicherheitshalber den immerhin nicht gleichgiltigen Eingriff machen soll, mit der eingeführten Hand die Placentarstelle abzusuchen.

War der Arzt selbst der Operateur gewesen, so that er gut, bei jeder schwierigen Placentarlösung vor dem Herausgehen aus dem Uterus die Placentarstelle nochmals genau abzutasten. Kommt aber der Arzt hinzu zu einem Fall, bei welchem er selbst die Geburt nicht geleitet hatte, und wo nun nach Stunden, Tagen oder selbst Wochen bedrohliche Blutungen auftreten, so thut er in dubio immer gut, die Uterushöhle abzutasten, wozu im späteren Wochenbett die Narkose gewöhnlich nötig sein wird.

Der Gerichtsarzt hat in Fällen tödlicher post partum-Blutungen den Fall zunächst nach seiner ätiologischen Seite hin klarzustellen und sodann zu ermitteln, ob der beschuldigte Arzt die Therapie zur Bekämpfung der Blutung erschöpft hat, auch die gegen die bedrohliche akute Anämie nötigen Hilfsmittel — Lagerung, Excitantien, Autotransfusion, Kompression der Aorta angewandt hat.

Alle diese letzteren Hilfsmittel sind zwar nebensächlich gegenüber den auf die Blutstillung direkt gerichteten, von deren richtiger und rascher Anwendung in solchen Fällen das Leben der Wöchnerin abhängt.

Für alle möglichen operativen Massnahmen ist es gerichtsärztlich besonders wichtig, wenn der Operateur zur Verantwortung gezogen wird, die Frage präzis zu beantworten, ob die Operation berechtigt war, ob eine gerechtfertigte Indikation zu derselben vorlag. Das ist ganz besonders wichtig hervorzuheben in der heutigen operationslustigen Aera.

Krimineller Abort und Kindesmord.

Achter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin", gehalten am 7. März 1902

von

Dr. **Sigmund Gottschalk,**
Privatdozent.

Mit 13 Abbildungen im Text.

M. H.! Das Thema, für welches ich Ihre Aufmerksamkeit erbitte, betrifft eine so umfangreiche Materie, dass ich im Rahmen eines einstündigen Vortrages nur deren wesentlichste Punkte vor Ihnen entrollen kann.

Die strafrechtliche Seite des Themas brauche ich wohl kaum zu berühren. Ich darf Ihre Bekanntschaft mit dem Inhalt der §§ 218, 219, 220 St.G.B. voraussetzen. Dass die Abtreibung der Leibesfrucht bestraft werden muss, ist klar; denn auch der Foetus ist ein lebendes Wesen, welches des Schutzes bedarf. Zudem wird durch sie der Staat benachteiligt, es können dritte Personen zivilrechtlich, die Schwangere selbst aber gesundheitlich schwer geschädigt werden.

Die Behandlung des kriminellen Aborts ist eine rein ärztliche, nicht gerichtsärztliche Thätigkeit, sie deckt sich mit der Abortbehandlung im allgemeinen. Nur auf eines möchte ich hinweisen: bevor Sie an die Behandlung eines in krimineller Hinsicht verdächtigen Aborts herantreten, unterlassen Sie nicht, einen ganz genauen Untersuchungsbefund zu erheben und zu protokollieren. Es handelt sich nicht bloss um die Erkennung einer Blutvergiftung, sondern vor allem um die Ermittelung etwaiger kriminellen Verletzungen am Genitale.

Versäumen Sie das und sind Sie gezwungen, behufs Entfernung kleinerer Eireste die Curette oder den scharfen Löffel anzuwenden, so laufen Sie Gefahr, dass bei der späteren Obduktion Zweifel entstehen, ob die vorgefundenen Verletzungen nicht durch die Ausschabung bewirkt sein können. Zudem begeben Sie sich dadurch des sichersten Beweismittels für die kriminelle Natur des Aborts.

Die eigentlichen gerichtsärztlichen Aufgaben beim kriminellen Abort sind folgende:

1) die Feststellung des voraufgegangenen Aborts als solchem;

2) die Begründung seines kriminellen Charakters;

3) der Nachweis seiner ursächlichen Beziehung zu dem angewandten Abtreibeverfahren;

4) bei schwerer Erkrankung oder im Falle des Todes der Schwangeren ist auch hierfür der Kausalnexus darzuthun;

5) es ist der Nachweis zu führen, dass die Frucht zur Zeit der verbrecherischen Eingriffe noch in der Entwickelung begriffen war, denn nur das „keimende Leben" ist Gegenstand des vollendeten Verbrechens aus §§ 218ff. War die Frucht bereits vorher abgestorben, oder das Ei zu einer Mole degeneriert, so liegt nur das Verbrechen des „Versuches" vor; allerdings wird nach Reichsgerichtsentscheidung auch der Abtreibungsversuch selbst mit untauglichen Mitteln und am untauglichen Objekt, wenn auch milde, bestraft.

Gestatten Sie mir, Ihnen diese Aufgaben der Reihe nach etwas näher zu erläutern:

ad 1. Die Diagnose des Aborts

ist um so schwieriger, je zeitiger die Schwangerschaft unterbrochen wurde, je glatter der Abort verlief, und je länger er zurückliegt. Ein sog. „Frühabort" aus dem 1. und 2. Monat kann lediglich unter dem klinischen Bilde einer verspäteten, verstärkten monatlichen Blutung verlaufen. Daraus folgt aber keineswegs, dass man lediglich auf Grund einer solchen verspäteten, verstärkten Blutung den Abort diagnostizieren darf, denn es giebt manche Ursachen für eine solche verstärkte Blutung. Immer ist der Nachweis der Frucht oder aber von Eibestandteilen die unbedingt erforderliche Grundlage für die Diagnose.

Ein derartiger Frühabort kann schon innerhalb einer Woche alle Merkmale verlieren. Sah ich doch noch im letzten Winter einen Fall, wo sich bereits nach 14 Tagen eine frühere Stenose des äusseren Muttermundes von neuem gebildet hatte. Ja, selbst der Hymen kann unversehrt gefunden werden, da ja die Immissio penis zum Zustandekommen einer Empfängnis nicht unbedingt erforderlich ist und andererseits der Hymen so fleischig und dehnbar sein kann, dass er dem Impetus coeundi standhält, nicht einreisst. Eine etwaige geringe Vergrösserung und Erschlaffung des Uterus, die noch übrig geblieben, sind ursächlich zu wenig eindeutig, als dass sie hier volle Beweiskraft besitzen könnten.

Mit fortschreitender Schwangerschaft kann sich die Diagnose einfacher gestalten, besonders bei einer Erstgeschwängerten, weil sich ja inzwischen auch an den Brüsten und den Bauchdecken die Ihnen bekannten charakteristischen Schwangerschaftsveränderungen allmählich

auszubilden pflegen, welche noch längere Zeit nachher kenntlich bleiben können. Zudem bedarf ja auch der Rückbildungsvorgang am Uterus um so mehr Zeit, je älter die Frucht geworden war. Eventuell können dann auch beim Durchgang der Frucht durch den Halskanal am äusseren Muttermund seitlich leichte Einrisse entstehen, welche natürlich, ebenso wie die Ausdrückbarkeit von Brustdrüsensekret, nur bei einer Erstgeschwängerten zur Beweisführung verwertet werden können.

Leicht ist die Diagnose bei sog. protrahiertem Verlaufe des Aborts, wenn noch Blutungen andauern, der Muttermund noch geöffnet ist, der Halskanal den Finger noch passieren lässt, und somit die Austastung und eventuell sogar noch die Entfernung von Eiresten möglich sind. Die Nachgeburtsstelle ist bei der vergleichenden Betastung an ihrer Rauhigkeit kenntlich, selbst wenn Reste an ihr nicht mehr vorhanden sind. Sind noch entfernbare Massen an ihr zu

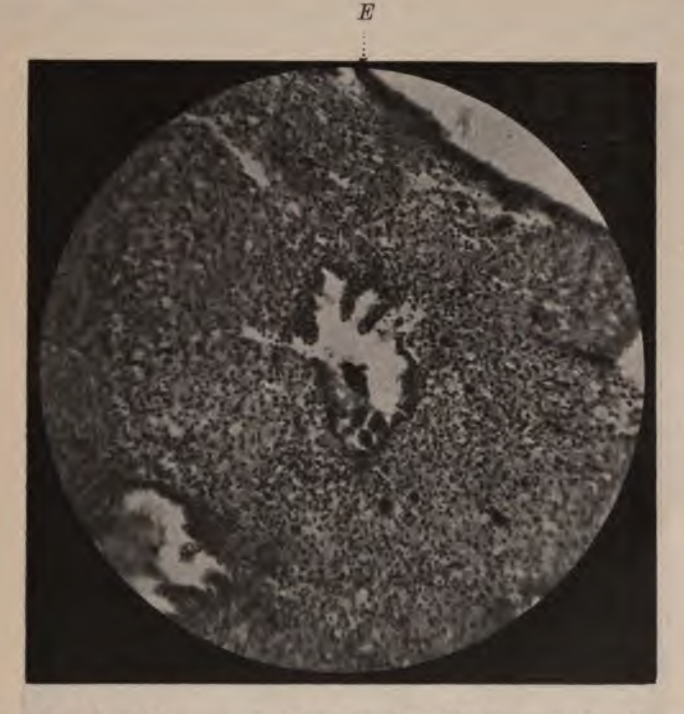


Fig. 1. Decidua im 3. Schwangerschaftsmonat. *E* = abgeplattetes Oberflächenepithel. In den 2 erweiterten Drüsen syncytiale Knospenbildungen, von dem syncytial veränderten abgeplatteten Drüsenepithel ausgehend. Inmitten der Deciduazellen, deren Kerne im Verhältnis zur Zellgrösse klein sind, sieht man vereinzelt grosse Zellen mit grossem, sehr chromatinreichem Kerne = syncytiale Wanderzellen. (Vergr. 125 : 1.)

fühlen, so müssen sie entfernt und mikroskopisch untersucht werden.

Der mikroskopische Nachweis von Chorionzotten sichert die Diagnose der intrauterinen Schwangerschaft. Ist das Epithel der Chorionzotten zweischichtig (Syncytium + Langhans'sche Zellschicht), so entstammen die Zotten nicht einer vorgerückten Schwangerschaftszeit.

Es fragt sich, ob man auch lediglich den Nachweis von Decidua als ausreichende Grundlage für die Diagnose des voraufgegangenen Aborts ansehen darf. Auch den charakteristisch veränderten Bindegewebszellen der Gebärmutterschleimhaut zu epitheloïd aussehenden Deciduazellen mit kleinem Kern und grossem Zellleib (vergl. Fig. 1) kann man, wenn sie sich gehäuft finden, im Verein mit anderen Schwangerschaftsmerkmalen der Schleimhaut, nämlich der Abplattung des Drüsenepithels, der starken, uterinwärts (placentarwärts) stetig zunehmenden Erweiterung der mit Blut strotzend gefüllten und stark spiralig geschlängelten arteriellen Gefässe Beweiskraft für die vor-



Fig. 2. Die Gebärmutterschleimhaut bei **extrauteriner** Frühschwangerschaft. Nur in den oberflächlichsten Lagen sind deciduaähnliche Zellen, sonst nur vergrösserte Bindegewebszellen. An der Drüse abgeplattetes, kubisches Epithel ohne Sprossbildung. (Vergr. 250 : 1.)

ausgegangene Schwangerschaft zuerkennen; nur geht daraus noch nicht hervor, dass es sich um eine intrauterine und nicht um eine extrauterine Gravidität gehandelt hat. Denn auch bei der extrauterinen Schwangerschaft kann sich die Gebärmutterschleimhaut zur Decidua umbilden, welche ausgestossen zu werden pflegt, sobald die Schwangerschaft irgend eine Störung erfahren hat (vergl. Fig. 2). Die Extrauteringravidität ist aber leicht durch die objektive Untersuchung und an der Hand der klinischen Erscheinungen auszuschliessen. Ueberdies giebt es auch noch ein unterscheidendes Merkmal für die mikroskopische Untersuchung, nämlich den Befund zahlreicher syncytialer Riesenzellen in der abgegangenen decidualen Membran, die nur an der Haftstelle des Eies, der Placentarstelle und deren unmittelbaren Umgebung vorkommen (vergl. Fig. 3) und deshalb für die intrauterine Schwangerschaft beweisend sind.

Lassen sich dazu noch in den tieferen Lagen der Decidua Drüsen erkennen, deren zylindrisches Epithel sich gleichsam zu Sprossen in die Lichtung hineinschichtet, so darf man auch ohne den Befund von



Fig. 3. Die Decidua basalis. Man sieht zahlreiche syncytiale Riesenzellen mit sehr chromatinreichen Kernen inmitten der Deciduazellen. In dieser Weise finden sich diese Riesenzellen nur im unmittelbaren und mittelbaren Bereiche der Eihaftstelle, beweisen also die intrauterine Gravidität. (Vergr. 260 : 1.)

Chorionzotten ruhig die Diagnose auf voraufgegangene intrauterine Schwangerschaft stellen.

Wäre es erlaubt, in zweifelhaften Fällen eine diagnostische Ausschabung der Gebärmutter zu machen, es würde gewiss an der Hand der eben geschilderten mikroskopischen Merkmale sich noch mancher Abort diagnostizieren lassen, der so unaufgeklärt bleibt. So giebt Fig. 4 ein Präparat wieder, welches die Gebärmutterschleimhaut ca. 4 Wochen nach einem Abort in Rückbildung begriffen — aber noch deutliche Reste der Decidua als Zeichen der Schwangerschaft — zeigt.

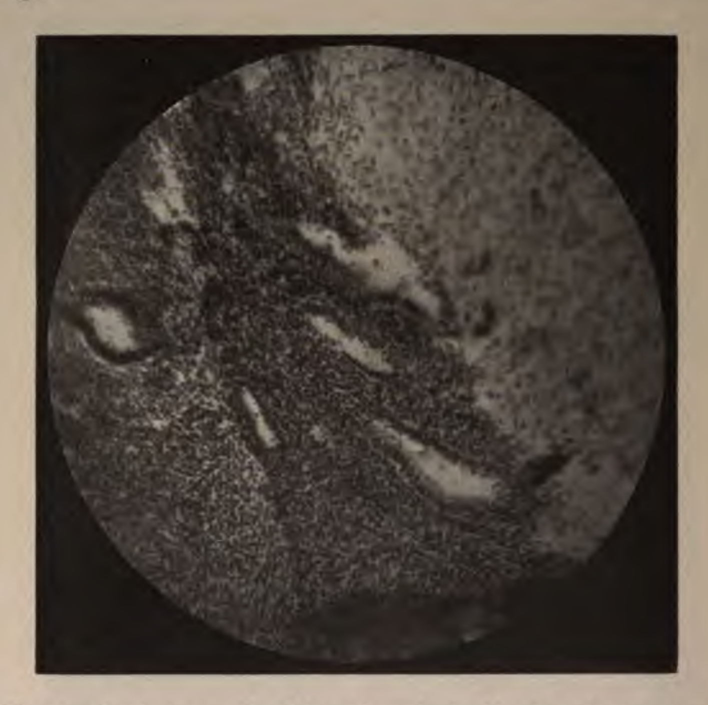


Fig. 4. Retinierte Decidua-Insel als Merkmal eines voraufgegangenen Aborts = die hellere Partie rechts, die Deciduazellen in Rückbildung begriffen. Links die dunklere Partie ist neugebildete Schleimhaut. (Vergr. 125 : 1.)

Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, dass Abortivprodukte verwechselt werden können a) mit submukösem Myom des Uterus; seine derbere, weniger bröckelige Konsistenz und sein Aufbau aus glatten Muskelzellen beseitigen jeglichen Zweifel; b) mit der Decidua menstrualis, d. h. jener wohl auf Entzündung der Gebärmutterschleimhaut beruhenden Exfoliation der Schleimhaut zur Zeit der Regel, einer Krankheit, welche Ihnen unter den Namen „Endo-

metritis exfoliativa“ und „Dysmenorrhoea membranacea“ bekannt ist. Die Schleimhaut ist hier weniger verdickt, ihre Bindegewebszellen sind zwar auch etwas vergrössert, aber nicht zu typischen Deciduazellen verwandelt, das Drüsenepithel kann allerdings auch abgeplattet sein, die Blutgefässe sind jedoch nicht so hochgradig erweitert wie in der Schwangerschaft, man findet mehr freie Blutextravasate. Gewöhnlich gehen solche Membranen öfters ab, nicht selten allmonatlich. Syncytiale Riesenzellen fehlen durchweg (vergl. Fig. 5.)

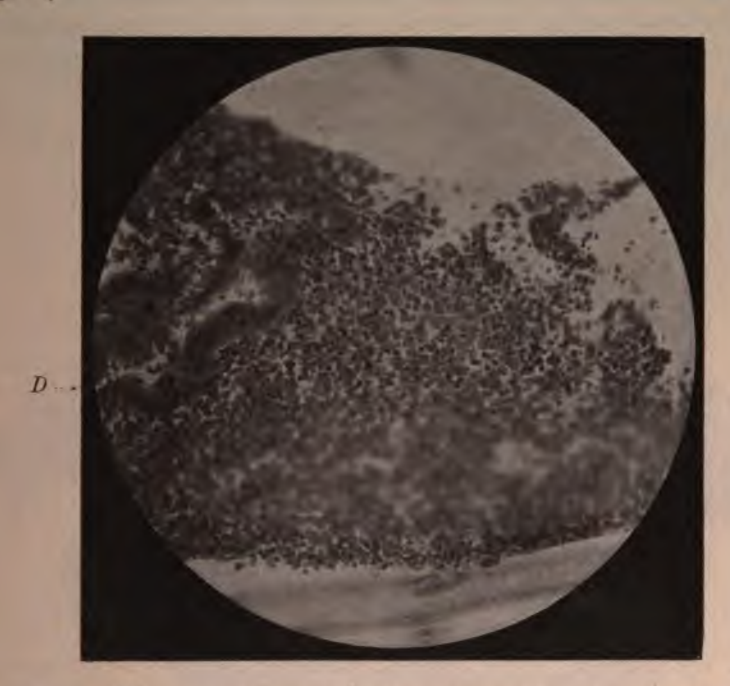


Fig. 5. Die exfoliierte Gebärmutterschleimhaut bei Endometritis exfoliativa (Dysmenorrhoea membranacea). Wirkliche Deciduazellen fehlen. Das Interglandulargewebe zeigt eine Hyperplasie vergrösserter Bindegewebszellen ohne decidualen Charakter; zwischen den Zellen zahlreiche freie Blutaustritte. Die Blutgefässe lange nicht so dilatiert wie in der Decidua bei intrauteriner Gravidität. Die Kerne der Bindegewebszellen füllen fast die ganze Zelle aus, im Gegensatz zu den Kernen der Deciduazellen. Links eine Drüse (*D*) mit kubischem bezw. cylindrischem Epithel. (Vergr. 260 : 1.)

ad 2. Woran erkennt man den kriminellen Charakter des Aborts?

Jeder von Ihnen vermutet hinter einem ausgesprochenen septischen Abort, der mit Schüttelfrösten, hohem Fieber und kleinem frequenten Puls einhergeht, mit Recht verbrecherische Ursachen. Und doch hat

der foudroyant septische Verlauf, welcher in wenigen Tagen zum Tode führt, nur den Wert eines grossen Wahrscheinlichkeitsbeweises, denn er kommt ausnahmsweise auch bei nicht kriminellem Abort vor.

Volle Beweiskraft besitzen nur innere Verletzungen an Scheide und Gebärmutter, welche unter Umständen auch noch angrenzende Nachbarorgane wie Darm und Harnblase betreffen können.

Man kann sagen, dass man aus dem Sitz dieser Verletzungen, die bald halbrinnenförmig, bald perforierend sind, einen Rückschluss auf die anatomischen Kenntnisse der abtreibenden Person machen kann. Pfuscherinnen, welche von der Beschaffenheit des Geschlechtskanals keine Ahnung haben, werden blind darauf losstechen und das



Fig. 6. Krimineller Abort, Perforation der Douglas'schen Tasche durch das hintere Scheidengewölbe. Man sieht den Uterus selbst intakt, dessen Höhle links noch als schmaler Spaltraum vorhanden ist. Das Präparat ist auch geburtshilflich-anatomisch interessant. Es zeigt, dass die Cervikalschleimhaut sich nicht decidual verändert. Man sieht ferner, wie sich die Decidua als Decidua capsularis auf das Ei überschlägt. Das Ei haftet in der rechten Kante und an der hinteren Wand des Corpus uteri. Die kleine, unversehrte Frucht liegt mit dem Kopfe voran im Ei. (1/2 nat. Grösse.)

Scheidengewölbe durchstossen [vergl. Fig. 6 [1])]. Mehr geburtshilflich geschulte Personen applizieren das Instrument glücklich in den äusseren Muttermund, aber sie entgleisen an der Uebergangsstelle des Halskanals in die Gebärmutterhöhle, weil ihnen die stark anteflektierte Lage des Corpus uteri nicht geläufig ist.

So findet man denn häufig dicht unterhalb des Knickungswinkels die hintere Collumwand perforiert. Lag der Uterus ausnahmsweise retroflektiert, so ist die entsprechende Stelle der vorderen Collumwand und damit auch die Harnblase gefährdet.

Hat der Uterus mehr gestreckte Lage, so kann auch der Gebärmuttergrund bei tiefem Einführen des Instrumentes durchstossen werden (vergl. Fig. 7). Diese Stelle ist aber auch ein Lieblingssitz der therapeutischen Durchbohrungen mit dem scharfen Löffel, wie Sie das an diesem Präparate sehen [2]). Doch sind die Verwundungen hierbei nicht so ausgedehnte wie bei den kriminellen Verletzungen, allenfalls könnte die an sich überflüssige und wohl fahrlässige Verwendung einer Kornzange beim Ausräumen eines Aborts den kriminellen ähnlich starke Läsionen setzen. Ist es doch dabei wiederholt vorgekommen, dass mit der Kornzange Darmschlingen durch die Perforationsöffnung hindurch nach aussen gezogen wurden. Spontane Zerreissung des Corpus uteri in der ersten Hälfte der Schwangerschaft und beim Abort ist eine sehr grosse Seltenheit, aber vereinzelt beobachtet, ebenso eine spontane Ruptur des Collum uteri bei unnachgiebiger Stenose des äusseren Muttermundes in wenigen Fällen vorgekommen. Auch die Frucht ist auf etwaige Verwundungen zu untersuchen, weil sie event. für die kriminelle Natur des Aborts sprechen können.



Fig. 7. Krimineller Abort, Perforation des Fundus uteri. Placentarstelle hinten-oben. Hymen annularis war erhalten. Der bei der Obduktion angelegte Medianschnitt durch die vordere Wand ist durch die Naht wieder geschlossen. (1/2 nat. Grösse.)

---

1) Die hier abgebildeten makroskopischen Präparate entstammen dem Institut für Staatsarzneikunde, dessen Direktor, Herr Prof. Fr. Strassmann, so liebenswürdig war, sie mir in dankenswerter Weise zur Demonstration und zur bildlichen Wiedergabe zu überlassen.

2) In der Perforation des Uterus beim Ausschaben an sich kann keine Fahrlässigkeit gesehen werden. Jedoch muss der Arzt die Perforation bemerken und dann die Kranke sofort ins Bett bringen und Eisblase auf den Leib legen.

ad 3) Beurteilung der Tauglichkeit der Abtreibemittel.

Bei der abstrakten Beurteilung der üblichen Abtreibemittel hinsichtlich ihrer Tauglichkeit muss man grundsätzlich die beliebten inneren Mittel von den örtlich angewendeten trennen. Ein inneres Mittel, welches sich schlechthin als Abortivum bezeichnen liesse, etwa in dem Sinne, wie ein Abführmittel den Stuhlgang erwirkt, kennen wir nicht.

Das schliesst nicht aus, dass die gebräuchlichen teils pflanzlichen, teils chemischen Mittel (Sabina, Ruta, Aloë, Thuja occidentalis, Secale cornut., Terpentinöl, Bernsteinöl, Canthariden, Pilocarpin, P, As, Pb, Hg, Kal. chloric., Nitrobenzol, Schwefelsäure, Oxalsäure, Karbolsäure, Seife, Kalilauge, Anilinverbindungen u. s. w.) im einzelnen Falle sich als wohlgeeignete Abtreibemittel erweisen können. Sei es, weil sie an sich Gifte sind, sei es, weil sie in zu starken Dosen gereicht werden, können sie den mütterlichen Organismus krank machen und dadurch auch die in ihrer Ernährung auf die Mutter angewiesene Frucht zum Absterben bringen. Die sichere Folge des Fruchttodes ist der Abort.

Die Wirkung derartiger Gifte kann sich aber auch in einer starken Gefässbrüchigkeit bekunden, die an der Haftstelle des Eies durch Blutungen zwischen mütterliche und kindliche Gewebe das Ei lockern und — ohne dass die Frucht abgestorben zu sein braucht — zum Ausstossen bringen können.

Die rein wehenerregende Wirkung mancher innerer Mittel tritt den beiden genannten Faktoren gegenüber sehr zurück. So bezweifele ich, dass man eine normale Schwangerschaft einer bis dahin ganz gesunden Frau durch das beste Wehenmittel, welches wir besitzen, das Mutterkorn, in den post partum üblichen, nicht giftigen Gaben unterbrechen kann.

Einfacher lassen sich die örtlich angewendeten Mittel hinsichtlich ihrer Tauglichkeit bewerten. Jeder von Ihnen wird mit mir in dem Einführen einer Stricknadel, Haarnadel, Sonde, zugespitzten Gänsefeder, eines spitzen Spritzenansatzes, eines Griffels, eines Troikarts, kurz solcher Werkzeuge, welche das Ei anzustechen geeignet sind, taugliche Abortiva erblicken. Dasselbe gilt für die Einspritzungen differenter oder auch indifferenter Flüssigkeiten, wie z. B. Seifen-Teerwasser, in die Gebärmutterhöhle. Und doch, wie mancher Arzt hat schon aus irrtümlicher Diagnose in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten die Gebärmutter sondiert, ohne zu schaden, d. h. ohne das Ei zu verletzen! Aus dem Fortbestand der Schwangerschaft an sich lässt sich also kein Beweismittel herleiten, dass derartige mechanische Abtreibungsversuche nicht vorausgegangen sein können. Soll eine derartige Schwangere straffrei aus-

gehen, so hat sie nachzuweisen, dass sie nach dem missglückten Versuch freiwillig von weiteren Massnahmen Abstand genommen hat.

Man muss nun nicht glauben, dass die angewandten tauglichen Abtreibemittel sofort von dem Abgang des Eies gefolgt sein müssen. Zum Thatbestand der vollendeten Abtreibung entsprechend den uns hier interessierenden Gesetzesparagraphen gehört aber die Ausstossung des Eies. Wenn nun zwischen den verbrecherischen Manipulationen und der Ausstossung ein grösserer Zwischenraum liegt, so kann manchmal die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges Schwierigkeiten machen. Tote Früchte können nicht so ganz selten monatelang im Uterus zurückgehalten werden, ehe Wehen einsetzen, welche das Ei ausstossen. Sie kennen derartige Fälle unter der Bezeichnung „Missed abortion“. Ist nun beispielsweise die Frucht durch ein inneres, auf die Mutter giftig wirkendes Mittel zum Absterben gebracht, und es vergehen noch Wochen, bis das Ei geboren wird, so wäre die Frage zu entscheiden, ob nicht andere Ursachen für den Fruchttod, wie Syphilis, Nephritis, Endometritis, Störungen in der Placentarbildung, hier konkurrierten. Nach einer Schwefelsäurevergiftung, welche den Tod der Frucht bewirkte, erfolgte beispielsweise in einem kürzlich beschriebenen Falle der Abort erst nach 2 Monaten, die Schwangere selbst überlebte den Abort 3 Wochen.

Auch nach örtlichen Eingriffen, insbesondere solchen, welche kleinere Blutungen in die Placenta auslösen, kann der Abort recht protrahiert binnen 3—4 Wochen verlaufen.

Der Umstand, dass die Ausstossung erst geraume Zeit nach dem Abtreibungsverfahren erfolgt, spricht an sich nicht gegen den Kausalkonnex. Der Entwickelungsgrad der Frucht bezw. des Eies ist bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

ad 4. Der Kausalkonnex des Todes oder einer schweren Erkrankung der Schwangeren (Sepsis, Vergiftung)

ist ohne Geständnis, lediglich aus dem klinischen Krankheitsbilde nur mit Wahrscheinlichkeit herzuleiten. Foudroyant verlaufende allgemeine Sepsis, welche 2—3 Tage nach den örtlichen kriminellen Eingriffen stürmisch einsetzt und binnen 3 oder 4 Tagen tödlich endet, lässt kaum den ursächlichen Zusammenhang zweifelhaft erscheinen. Desgleichen schwere allgemeine Vergiftungen mit einem Mittel, von dem noch zur Untersuchung verwertbare Reste in der Behausung vorgefunden wurden, und das sich im Magen- und Darminhalt, eventuell auch in den Eiteilen nachweisen lässt. Am sichersten ist der Zusammenhang gegeben in Fällen von tödlicher, septischer, instrumenteller Perforationsperitonitis.

Auch ein plötzlicher Tod während der kriminellen Manipulationen durch Luftembolie ist möglich. Mit Bougies und Gebärmutterspritzen

kann Luft in geöffnete Placentarvenen eindringen. Stirbt also die Schwangere plötzlich bei den Abtreibungsmanipulationen, so muss der Gerichtsarzt an diese Ursache denken und bei der Obduktion das Herz unter Wasser eröffnen.

ad 5. Eine lebensfrische Frucht, welche der Schwangerschaftszeit entspricht, lässt keinen Zweifel aufkommen, dass es sich um ein Verbrechen gegen das keimende Leben handelt. Da aber zwischen dem Tod der Frucht und der Ausstossung Wochen liegen können, so wird die Frucht nicht selten maceriert zu Tage treten. Die Maceration an sich darf deshalb noch nicht als Beweis dafür angesehen werden, dass zur Zeit der Abtreibung die Frucht bereits tot war. Nur wenn die Chorionzottengefässe gleichzeitig blutleer und eng oder zum Teil ganz geschwunden sind, die Zwischenzeit 6 Wochen nicht überdauert, glaube ich nach meinen Untersuchungen bestimmt den Fruchttod zur Zeit der Abtreibungsversuche annehmen zu dürfen.

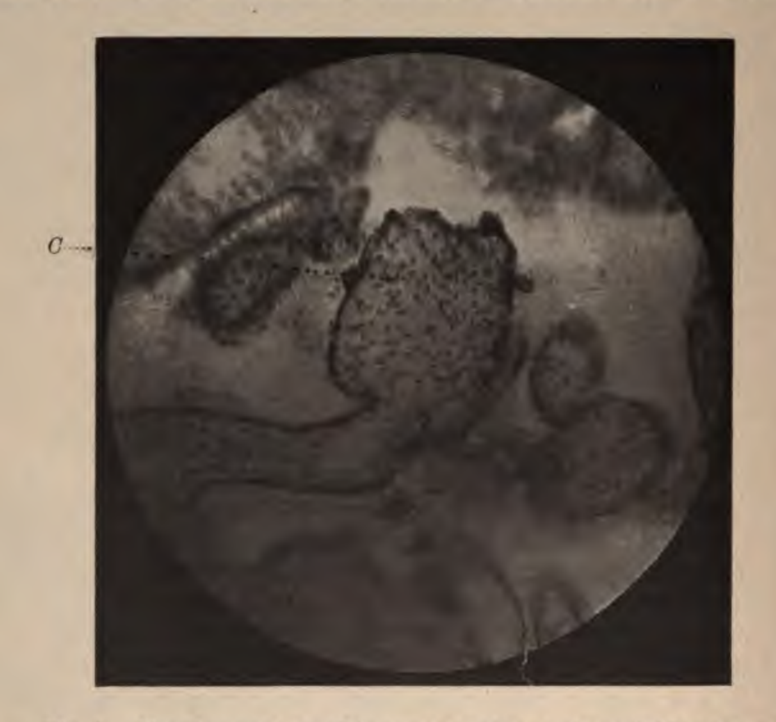


Fig. 8. Chorionzotten (Placentarzotten) eines 3 Monate nach dem Fruchttode in utero retinierten Abortiveies aus dem 4. Monat (250 : 1). *C* = quergetroffene Zottenkapillare, leer und nur noch eben als solche zu erkennen; ihr Lumen ist ganz klein geworden, eine Folge des langen Fruchttodes.

Es würde sich dann um einen Versuch am untauglichen Objekt handeln. Dasselbe gilt selbstverständlich von der Hämatommole, der Fleischmole, der Traubenmole.

Ich wende mich nunmehr zum 2. Teile meines Vortrages, zum

Kindesmord.

Das Subjekt des Verbrechens aus § 217 St.G.B. ist die Mutter, das Objekt das uneheliche Kind in oder gleich nach der Geburt, d. h. so lange, als man bei der Mutter eine Beschränkung der freien Willensbestimmung auf Grund der mit jeder, insbesondere aber mit der heimlichen Geburt einhergehenden physischen und psychischen Erschütterungen voraussetzen kann. Der Gerichtsarzt soll hier die Grenze der Zuständigkeit des sehr humanen § 217 möglichst weit ziehen, da die Individualität im einzelnen Falle zu sehr mitspricht, und eine Einschränkung der freien Willensbestimmung auch noch mehrere Stunden nach der Geburt fortbestehen kann. Die gerichtsärztlichen Aufgaben beim Kindesmord betreffen Mutter und Kind.

Bei der Mutter bezw. der als solche verdächtigten Person hat der Gerichtsarzt festzustellen, ob sie überhaupt und ob sie unlängst geboren hat. Meist wird die letztere Frage gestellt werden, die Frage nach dem Wochenbettszustande, da der Kindesmord im allgemeinen nicht allzulange der Kenntnisnahme der Behörde verborgen bleibt. Sie wissen, dass jede Geburt eines reifen oder nahezu reifen Kindes bei der Mutter bleibende Merkmale an den Bauchdecken, dem Scheideneingang, dem Hymen und nicht selten auch am äusseren Muttermund hinterlässt, welche ich bei Ihnen als bekannt voraussetzen kann. Nur will ich gerade die Veränderungen am Hymen, die Bildung der sog. Carunculae myrtiformes, welche nur auf dem Geburtsakt beruhen können, ihrer Wichtigkeit wegen besonders in Ihr Gedächtnis zurückrufen. Dehnungsnarben an den Bauchdecken beruhen gewöhnlich — aber nicht immer — auf Schwangerschaftsdehnung. Auch die Merkmale des Puerperium brauche ich nicht eingehender zu schildern. Sie betreffen die Ihnen bekannten Veränderungen an den Brustdrüsen, den Bauchdecken, den äusseren und inneren Genitalien. Frische bezw. granulierende Dammwunden, Quetschwunden der Schleimhaut am Introitus, Weite und Schlaffheit der Scheide und des noch nicht oder nur mangelhaft involvierten Collum, Grösse des Uterus sind wichtige Anhaltspunkte für die Untersuchung.

Besonderen Wert beansprucht die täglich fortschreitende Verkleinerung des grossen Uterus dergestalt, dass der post partum in Nabelhöhe stehende Fundus innerhalb 12 Tagen im kleinen Becken verschwindet. Bei engem Becken und Zwillingsgeburten erfolgt die Verkleinerung etwas langsamer. Der Gerichtsarzt bestimme — bei leerer Blase und leerem Mastdarm — den jeweiligen

Höhenabstand des Gebärmuttergrundes von dem oberen Rande des Schambeins; auch die unmittelbare Sondenmessung des Uterus kann hier von Belang sein.

Dadurch gewinnt man auch für den Geburtstermin innerhalb der ersten 12 Tage einen ziemlich zuverlässigen Indikator, besonders wenn man die Beschaffenheit der Damm- und Schleimhautwunden mit in Betracht zieht, ob frisch, blutig oder granulierend. Das Brustdrüsensekret, welches zwar gewöhnlich am 3. Tage, bei Nichtstillenden doch auch später, aus Colostrum zur Milch verwandelt wird, sowie die Beschaffenheit des Wochenflusses sind für die Bestimmung des Geburtstermins nur dann beweiskräftig, wenn sie mit den eben genannten Merkmalen übereinstimmen, nach der negativen Seite nicht. Allerdings pflegt der Wochenfluss in den ersten 3 Tagen blutig, dann ebensolange fleischwasserähnlich, dann eiterig-rahmig zu sein, doch kommen selbst in der 2. Woche interkurrente blutige Absonderungen vor.

Sind 14 Tage seit der Geburt verstrichen, so wird die Bestimmung des Geburtstermins fortschreitend schwieriger.

Für die Diagnose der voraufgegangenen Geburt ist der Nachweis von Kindspech und Vernix caseosa an Leib- und Bettwäsche der verdächtigten Person von grösster Wichtigkeit.

Bezüglich der Untersuchung des Neugeborenen giebt das preussische Regulativ klare Anleitungen; ebenso finden sich in der klassischen Sektionstechnik von R. Virchow meisterhafte sektionstechnische diesbezügliche Anweisungen, auf welche ich Sie verweise. Nur die hohe Bedeutung der genauen Besichtigung der äusseren Körperoberfläche sowie der natürlichen Oeffnungen sei hier noch hervorgehoben. Ebenso ist es wichtig, die Behältnisse, in welchen das Kind aufgefunden wurde, zu konservieren, weil sie oft für die Feststellung der Persönlichkeit der Mutter von Belang sind.

Der Gerichtsarzt muss den Entwickelungsgrad des Kindes genau feststellen. Die gesetzliche Lebensfähigkeit beginnt zwar mit der 30. intrauterinen Lebenswoche. Thatsächlich aber wird ein Kind, welches vor der 32. Woche geboren wird, auch bei sorgsamster Pflege nur ausnahmsweise am Leben bleiben. So sah ich ein Kind gedeihen, welches bei seiner Geburt nur 1050 g wog.

Für die Feststellung des Entwickelungsgrades ist die Kenntnis der charakteristischen Merkmale für die 3 letzten Schwangerschaftsmonate notwendige Vorbedingung. Sie finden dieselben in allen Lehrbüchern der Geburtshilfe. Nur hinsichtlich der Zeichen der Reife des Kindes möchte ich noch einiges bemerken. Eine Körperlänge nicht unter 50 cm, ein Kopfumfang nicht unter 32 cm, Schulterumfang nicht kleiner als Kopfumfang sind die wichtigsten Merkmale der Reife. Das Gewicht schwankt in zu grossen Breiten von 5—10 Pfund, es kann deshalb nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein. Die Nägel

überragen die Finger und schneiden mit den Zehen ab. In der unteren Epiphyse des Oberschenkels findet sich ein Knochenkern von 5—15 mm grösstem Durchmesser, er ist bei fortgeschrittener Verwesung mit Zerfall oft das einzige sichere Zeichen der Reife. Die Längenmasse der einzelnen Knochen können wiederum schwanken, müssen aber in derartigen schwierigen Fällen mit herangezogen werden.

Die wichtigste Aufgabe des Gerichtsarztes beim Kindesmord ist die Feststellung des extrauterinen Lebens. Eine Tötung des Kindes in der Geburt, solange als nicht schon ein wesentlicher Kindesteil sichtbar ist, kommt wohl nicht vor. Ist aber der Kopf in der Vulva sichtbar, so kann der Schädel von der Mutter beispielsweise mit einem Hammer zertrümmert werden, noch ehe das Kind geboren wurde. Auch bei einer Beckenendlage ist eine Erdrosselung möglich, ebenso eine tödliche Verletzung lebenswichtiger Bauchorgane, wie z. B. der Leber, noch ehe der Kopf geboren wurde.

Meist aber fällt der Zeitpunkt des Kindesmordes mit der vollendeten Geburt zusammen. Der Nachweis des extrauterinen Lebens stützt sich nun im wesentlichen auf die Thatsache, dass mit der Geburt infolge O-Mangels und CO_2-Ueberladung des kindlichen Blutes das Atmungszentrum zur Auslösung des ersten Atemzuges angeregt, und damit die Lunge lufthaltig wird.

Ein Kind, welches geatmet hat, hat gelebt. Allerdings kann ein Neugeborenes auch gelebt haben, ohne zu atmen; denn es giebt bei Neugeborenen nicht selten noch unmittelbar nach der Geburt ein Leben im Zustande der Apnoë oder auch der Asphyxie, in welchem noch nicht geatmet wird. In solchem Zustand kann das Kind ermordet werden, noch ehe der erste Atemzug zu stande kam.

Hat aber das Kind geatmet, bevor es ermordet wurde, so haben wir in der Lungenprobe, der Magendarmschwimmprobe und der Ohrprobe zuverlässige Mittel, das extrauterine Leben festzustellen.

Die Lungenprobe ist bei weitem die wichtigste aller Lebensproben.

Eine Lunge, welche geatmet hat, schwimmt als Ganzes und in ihren einzelnen Teilen im Wasser. Die fötale Lunge sinkt im klaren Wasser unter. Lungen, welche geatmet haben, überragen seitlich den Herzbeutel, fötale Lungen thun das nicht. Lungen, welche geatmet haben, fühlen sich polsterartig an, haben eine unebene, marmoriert aussehende Oberfläche und lassen aus der Schnittfläche unter Wasser auf Druck Luftperlen aufsteigen. Die fötale Lunge hat eine glatte Oberfläche und eine mehr derbe, leberartige Konsistenz.

Nun macht allerdings auch subpleurales Fäulnisemphysem die Lunge schwimmfähig, sticht man aber die Gasblasen unter Wasser an, so sinkt das Lungengewebe unter. Zudem findet man das Fäulnisemphysem dann auch an anderen Organen. Wie durch Fäulnisem-

physem, so können fötale Lungen auch durch Infektion mit anaeroben, gasbildenden Bazillen schwimmfähig werden. Aber auch in diesen Fällen wird subpleurale Gasbildung nachweisbar sein, ebenso fehlen hier die übrigen Merkmale der Lunge, welche geatmet hat. Andere Einwände gegen den Wert der Lungenprobe sind von rein theoretischer Bedeutung (Luftgehalt durch Schultze'sche Schwingungen, durch Einatmen von Luft im Uterus). Allerdings ist eine Absorption der Lungenluft, wenigstens eine partielle, z. B. infolge des Druckes eines Pleuraergusses, möglich.

Die Magendarmschwimmprobe (Breslau) stützt sich auf die Thatsache, dass beim Atmen auch Luft verschluckt wird und so in den bei der Geburt luftleeren Magen und allmählich auch in die oberen Darmabschnitte gelangt, dadurch werden Magen und Darm schwimmfähig. Es empfiehlt sich daher, behufs Sicherung dieser Lebensprobe von vornherein Speiseröhre und oberen Darmabschnitt zu unterbinden.

Diese Lebensprobe wird allerdings völlig wertlos, wenn Fäulnisgase sich gebildet haben. Sonst aber ist sie eine wertvolle Unterstützung der positiven Lungenprobe, ja, bei partieller Atelektase der Lungen frühreifer, schwächlicher Kinder kann sie sogar ausschlaggebend sein im positiven Sinne; denn derartige schwächliche Kinder können leichter Luft verschlucken als einatmen.

Die Ohrprobe ist nur in positivem Sinne zu verwerten. Sie beruht auf der Thatsache, dass erst durch ausgiebige Atmung das fötale Schleimpolster der Paukenhöhle durch atmosphärische Luft verdrängt wird. Es ist darauf zu achten, dass das Trommelfell intakt ist.

Andere Proben, als die genannten, halten einer Kritik nicht stand. Das gilt sowohl vom Harnsäureinfarkt der Nieren als auch von den Ekchymosen und Sugillationen.

Man hat längere Zeit geglaubt, dass die Ekchymosen, jene bekannten kleinen blutfarbigen Flecke an den unteren Abschnitten der Lungen, am Herzbeutel, der Schleimhaut des Respirationstraktus, des Magens und im Mediastinum für den extrauterinen Erstickungstod beweisend seien. Dem ist nicht so, denn diese Ekchymosen finden sich auch bei intrauterinem Erstickungstod; sie sind Blutextravasate infolge vergeblicher suffokatorischer Atmung.

Auch die Sugillationen, d. h. Blutunterlaufungen unter die unversehrte Haut, beweisen nicht das extrauterine Leben. Sie können sich auch bei totgeborenen Kindern finden. Nur wenn sie mit subkutanen Muskelzerreissungen und Knochenbrüchen korrespondieren, kann ihnen die Bedeutung einer vitalen Wundreaktion zukommen.

Ich komme damit zur Erörterung der Frage, inwieweit wir aus etwaigen Verwundungen der äusseren Körperoberfläche Schlüsse auf das extrauterine Leben

und auf gewaltsame Entstehung machen können. Blutunterlaufene Wundränder zeigen an, dass die Wunden dem lebenden Kinde beigebracht sind, ob aber intrauterin, ob durch den Geburtsakt, ob extrauterin in mörderischer Absicht, ist Sache der näheren, sorgfältigen Untersuchung.

Stachelbecken, Exostosen an Symphyse und Promontorium, sog. Simonard'sche Stränge, d. h. Verwachsungen zwischen Amnion und Körperoberfläche, können Defekte der äusseren Haut intrauterin hervorrufen.

Dasselbe gilt vom Geburtsakt besonders bei engem Becken. Hier sind Durchquetschungen und Druckbrand der Kopfschwarte, Schädelquetschungen mit Facialislähmung, löffelförmige Eindrücke, Fissuren, ja selbst schwere Brüche am Schädel mit intra- und extrakraniellen Blutungen gar nicht so selten. Ausnahmsweise können dabei auch die kräftigen Röhrenknochen brechen.

Es ist deshalb die genaue Beckenmessung bei der Mutter nicht zu unterlassen, ebenso am kindlichen Schädel auf die für den schwierigen Geburtsverlauf beweisende typische Konfiguration, die Verschiebungen und Unterschiebungen der einzelnen Deckknochen genau zu achten; denn gerade sie sprechen im allgemeinen gegen die Entstehung der Verletzung durch äussere Gewalt.

Ein Kephalhämatom, charakterisiert dadurch, dass es die Nähte frei lässt und flüssig bleibt, entsteht immer durch den Geburtsakt im Verlaufe der ersten Lebenstage. Auch die Zerreissung und das Hämatom des Kopfnickers kommen bei ganz spontanen Schädelgeburten infolge seitlicher Verdrehung des Kopfes vor.

Eine Selbststrangulation des Kindes bei Nabelschnurumschlingungen und hohem Sitz der Placenta ist gar nicht so selten. Andererseits lehren Beispiele, dass auch die Nabelschnur zum gewaltsamen Halszuschnüren verwendet wird.

Eine Impression des Schädels von grösserer Ausdehnung und Stärke mit ausgedehnten Weichteilverletzungen, bei fehlender Konfiguration, spricht dagegen für die äussere Gewalteinwirkung.

Verwundungen, bezw. Druckmarken der äusseren Körperoberfläche können von der Beschuldigten auf den Akt der Selbsthilfe zurückgeführt werden.

Es ist der heimlich Gebärenden ohne weiteres der innere Drang zur Selbsthilfe bei dem Durchtritt des Kindes durch die Schamspalte zuzugeben. Infolge dieser, naturgemäss ungeschickten Hilfeleistungen kann das Kind oberflächliche oder auch tiefere Verletzungen und Verwundungen erleiden. So kann bei Beckenendgeburt durch Druck der

Hände gegen das gefüllte Kolon oder die Leber eine tödliche Zerreissung dieser Organe bewirkt werden. Bei Kopflagen kann die Selbsthilfe Fingerdruckspuren an der Stirn und im Gesicht, auch vorn im Munde hinterlassen. Sitzen sie nur am Halse oder an der hinteren Rachenwand, so sind sie im allgemeinen als Würgeffekte aufzufassen (vgl. Fig. 9).



Fig. 9. Kindesmord, Würgespuren am Halse. Kontusion der Rachengegend, zerrissene Nabelschnur, Blutung aus Aa. umbilical. Blutung in die Schädeldecken [Gleichzeitig Sturzgeburt.] (1/2 nat. Gr.)

Differential - diagnostisch können die Sturzgeburt und als eine besondere Unterart derselben die unbewusste Abtrittsgeburt grosse Schwierigkeiten machen.

In jeder Stellung kann die Hochschwangere von der Geburt überrascht werden, und es kann bei weitem Becken und weiter Scheide ein kleines Kind mit einigen Wehen ausgestossen werden, dabei zu Boden stürzen und infolge des Sturzes einen tödlichen Schädelbruch davontragen. Allerdings braucht der Sturz nicht unbedingt so folgenschwer für das Kind zu sein, in manchen Fällen nimmt es infolge der Sturzgeburt überhaupt keinen Schaden.

Bezeichnend für eine derartige, überstürzte Geburt ist das Fehlen jeglicher Kopfgeschwulst. Lediglich durch das Gewicht des zu Boden stürzenden Kindes kann die Nabelschnur zerreissen oder auch aus dem Nabel geradezu ausreissen. Im ersteren Falle kann bei sistierender oder ungenügender Atmung (Asphyxie), im letzteren Falle sehr leicht eine Verblutung aus den durchrissenen Nabelgefässen erfolgen. Atmet aber das Kind ordentlich, und ist die Nabelschnur in ihrer Kontinuität durchrissen, so verblutet sich das Kind nicht aus der nicht unterbundenen Nabelschnur. Es kann ferner auch bei länger dauernder Geburt eine Erstgebärende, die ihr noch unbekannten Press- und Drangwehen als Stuhldrang empfindend, rasch zum Abtritt hinlaufen, und es kann dort beim Pressen das Kind von ihr in die Abtrittsgrube, bezw. wenn es möglich ist, ins Kloset fallen, dabei durch Aufschlagen verschiedene Verletzungen erleiden und im Kot ertrinken. — Es ist das die unbewusste Abtrittsgeburt.

Einer Mehrgebärenden dagegen soll man nicht ohne weiteres die unbewusste Abtrittsgeburt konzedieren, da sie ja die Natur der Drangwehen aus Erfahrung kennt. Sie ist daher von vornherein der beabsichtigten Abtrittsgeburt verdächtig.

Bei der Beurteilung einer Sturzgeburt kommen in Betracht: Erhebungen über den Geburtsverlauf und über die Oertlichkeit der Sturzgeburt (Fallhöhe, Beschaffenheit des Fussbodens, Nachweis einer stärkeren Blutlache am fraglichen Ort).

Ferner ist die genaue Untersuchung des Kindes und der Nabelschnur von grösster Bedeutung. Am kindlichen Schädel können eine oder auch mehrere Fissuren, oder auch einmal vereinzelt Frakturen, namentlich bei dünnen, kalkarmen Deckknochen Folgen der Sturzgeburt sein, gewöhnlich betreffen diese Verletzungen ein oder beide Scheitelbeine (vgl. Fig. 10).

Ausgiebigere, komplizierte Schädelverletzungen und Zertrümmerung des Schädeldaches sprechen dagegen für äussere Gewalteinwirkung. Gerade in der



Fig. 10. Schädelverletzung infolge Sturzgeburt. ($^1/_2$ nat. Gr.) Die Verletzung betrifft nur ein Scheitelbein und setzt sich zusammen aus einer Fraktur, welche ziemlich parallel zur Sutura coronaria von der Schläfenbeinnaht zum Tuber parietale, an diesem Halt machend, hinzieht, und aus einer Fissur, die von der Mitte der Sutura coronaria ziemlich senkrecht zu dieser verläuft und am Tuber in die Fraktur übergeht.



Fig. 11. Kindesmord. Zertrümmerung des Schädels eines Neugeborenen. Kopf ins Klosett eingezwängt. ($^1/_2$ nat. Gr.)

Ausdehnung und Hochgradigkeit der Schädelverletzung besitzen wir ein wertvolles Merkmal für deren gewaltthätige Entstehung.

Im allgemeinen wird beim violenten Kindesmord eine viel zu starke Gewalt angewendet. Auch durch gewaltsames Hineinpressen eines Kindes in das Kloset kann das Schädeldach total zertrümmert werden; ein schönes Beispiel derart bringt Fig. 11.

Natürlich muss der Gerichtsarzt wissen, dass angeborne Knochendefekte am kindlichen Schädel recht häufig sind, eine Osteoporose, Craniotabes, ein Wormianischer Schaltknochen mit seinen gezackten, aber mit Periost glatt bekleideten Rändern, dürfen von ihm nicht irrtümlich als Folgen äusserer Gewalteinwirkung gedeutet werden.

Jedoch können beide Momente gleichzeitig in Frage kommen, d. h. eine tödliche Schädelverletzung durch äussere Gewalt neben angeborenem Ossifikationsdefekt (vergl. Fig. 12).



Fig. 12. Kindesmord. Tödliche Schädelverletzung durch Fusstritt auf den Kopf (angeblich durch Sturzgeburt in einer Droschke). ($^1/_2$ nat. Gr.) Aus dem linken Scheitelbein ein dreieckiges Stück ganz ausgebrochen. Längs- und Querfraktür durch das Tuber parietale der anderen Seite. Ossifikationsdefekt in der Umgebung der kleinen Fontanelle.

Eine durchrissene Nabelschnur ist nicht zu verkennen: die ungleiche, unregelmässige Beschaffenheit der Trennungsfläche, welche die widerstandsfähigeren Gefässe isoliert überragen, lässt keinen Zweifel aufkommen.

Eine mumifizierte Nabelschnur spricht gegen die unbewusste Abtrittsgeburt, das Kind muss vorher an der Luft gelegen haben, denn nur so ist eine Mumifikation der Nabelschnur möglich.

Gelangt das lebende Kind absichtlich oder unabsichtlich in ein Medium, welches den Zutritt atmosphärischer Luft unmöglich macht, in die Kotmasse einer Abtrittsgrube, in eine Kloake, einen Teich, Tümpel, Fluss, so wird es im Erstickungskampf diese mehr oder weniger dünnflüssigen Massen tief aspirieren.

Wir werden dementsprechend die betreffende Ertränkungsflüssigkeit bis in die feinsten Verzweigungen der Luftwege verfolgen und eventuell auch im Magen und in der Paukenhöhle nachweisen können. Dazu kommt beim Tod durch Ertrinken der ballonierte Zustand der Lungen, welche beim Eröffnen der Brusthöhle nicht zusammensinken, weil die Luftröhren mit Schleim und Ertränkungsflüssigkeit angefüllt sind.

Ist das Kind lebendig verscharrt, so wird es ganz von der Beschaffenheit der vor Mund und Nase befindlichen Massen abhängen, ob sie tief in die Luftwege aspiriert werden und damit zum Nachweis der Schuld führen können. Jedenfalls soll man nie unterlassen, von vornherein Mund, Nase, bezw. obere Luftwege auf fremde Bestandteile genau zu untersuchen.

Ist der Körper des Kindes mit Brandblasen bedeckt, so ist Pemphigus auszuschliessen. Brandblasen entstehen auf einmal, Pemphigusblasen dagegen allmählich im Verlaufe der ersten Lebenstage und führen in der Regel zwischen dem 5. und 8. Tage zum Tode. Sollen die Brandblasen vielleicht unverschuldet beim Baden in zu heissem Wasser entstanden sein, so werden wir sie an den Stellen vermissen müssen, wo die Mutter das Kind mit ihren Händen während

des Badens gestützt hat, also gewöhnlich am Rücken. Dass auch Verbrennen bis zur Verkohlung vorkommt, lehrt dieses Präparat, das in einem Bratofen angetroffen wurde.

Am augenscheinlichsten ist der mittelst schneidender Instrumente vollführte Kindesmord. So sehen Sie hier einen Fall, wo ein Messer links neben dem Nabel in schräger Richtung nach oben durch das Zwerchfell eingestochen wurde und die Herzspitze perforierte. Auch die totale Schädelzertrümmerung dürfte der Beurteilung keine Schwierigkeiten machen. Um so grösser können sie dort sein, wo weniger augenfällige Arten des Kindesmordes gewählt wurden, wie z. B. Stiche mit einer Nadel in Fontanelle, Schläfe oder Genick, Verschliessen der Atmungswege durch ein Tuch, Erde, Moos, Watte, Papierpfropfen, Finger, Einzwängen des Kindes in einen engen Kasten.

Das gilt auch von dem Tode durch Aussetzen in Kälte. In Betreff der letzteren Todesart ist zu bemerken, dass Neugeborene stärkeren Wärmeverlust bekanntlich weit schlechter vertragen als Mangel an Nahrung. Einen charakteristischen Sektionsbefund für den Tod durch Abkühlung giebt es nicht.



Fig. 13. Kindesmord durch Erdrosselung: Neugeborenes, selbständig gelebt und geatmet. Strangulationsmarke und Würgespuren am Halse. Sugillation und Verletzung am Mundboden, Rachen und an der Zunge. Zerreissung des Zungenbändchens. Einreissung der Nabelschnur. Einriss im Bauchnabel. (1/2 nat. Gr.)

Auch aus Mangel an Pflege kann ein Neugeborenes sterben. Es dürfte im letzteren Falle schwierig sein, den Thatbestand des Kindesmordes zu erhärten. Ja, nicht einmal eine fahrlässige Tötung aus § 222 D.St.G.B. wird sich mangels eines bezeichnenden Sektionsbefundes mit der zwingenden Darlegung des ursächlichen Zusammenhanges begründen lassen, es sei denn, dass dies aus besonderen Nebenumständen möglich wäre. Es ist nämlich die Frage, ob in dem speziellen, uns zur Begutachtung vorliegenden Falle das Kind bei besserer Pflege sicher am Leben geblieben wäre, schwerlich zu bejahen, weil sich das unserer Beurteilung entzieht.

In Betreff der Frage, wie lange das Kind gelebt hat, ergeben sich folgende Anhaltspunkte:

Hängt die unveränderte Nachgeburt noch mit dem Kinde zusammen, so hat das Kind nur wenige Stunden gelebt;

ist schon Milch im Magen und Darm, das Kindspech entleert, so hat es mindestens einen Tag gelebt;

beginnt die Demarkation am Nabel, so 2—3 Tage;

ist die Nabelschnur abgefallen, 4—8 Tage.

Hinterlassen die Handlungen der Mutter keine äusseren Spuren, ist dem Kind im Stadium der Apnoë oder Asphyxie die atmosphärische Luft in geschickter Weise abgeschnitten worden, ist die Mutter dabei vorsichtig in ihren Aussagen, so wird sie sich kaum überführen lassen.

Auch kann ja das Kind ohne Zuthun der Mutter unter der Bettdecke zwischen den Beinen der Mutter Fruchtwasser und Blut aspirieren und daran ersticken. Giebt die Mutter an, während des letzten Stadiums der Geburt ohnmächtig bezw. bewusstlos gewesen zu sein, so wird diese Möglichkeit an sich nicht verneint werden können. Ohnmachten, insbesondere infolge starken Blutverlustes, kommen in der Nachgeburtsperiode vor.

Auch die Möglichkeit einer tödlichen Verletzung des Kindes im eklamptischen oder auch epileptischen Anfall der Mutter besteht.

Man sieht, dass der exakte Nachweis der Schuld in manchen Fällen nicht mit der erforderlichen Sicherheit geliefert werden kann. In dubiis pro reo!

Wo sollte auch dieser humane Grundsatz mehr Anwendung verdienen als gegenüber diesen bemitleidenswerten Opfern der allgewaltigen Libido sexualis!

Die Zurechnungsfähigkeit.

Neunter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin", gehalten am 11. März 1902

von

Prof. Dr. **E. Mendel.**

Die Zurechnungsfähigkeit ist die Fähigkeit, wegen einer durch das Strafgesetz mit Strafe bedrohten Handlung strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden zu können.

Das deutsche Strafgesetz kennt eine Reihe von Bedingungen, unter denen eine an und für sich strafbare Handlung dem Thäter nicht zugerechnet wird.

Die unentwickelte Geisteskraft des Kindes bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (§ 55), das spätere Alter bis zum vollendeten 18. Jahr, wenn die zur Erkennung der Strafbarkeit der begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht bestand (§ 56), die Notwehr (§ 53) oder andere Notstände, welche mit Gefahr für Leib und Leben der eigenen Person oder eines Angehörigen (§ 52 und § 54) verbunden waren, mangelnde Einsicht in die Sachlage, Irrtum in Thatsachen (§ 59) endlich geistige Krankheit (§ 51) schliessen die Zurechnungsfähigkeit für die unter jenen Bedingungen begangenen strafbaren Handlungen aus.

An dieser Stelle soll nur von der in dem § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches festgestellten Zurechnungsunfähigkeit die Rede sein:

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Der ärztliche Sachverständige, zur Beantwortung der Frage aufgefordert, ob im konkreten Falle die Voraussetzungen des § 51 vorliegen, hat eine Untersuchung des Angeschuldigten [1]) vorzunehmen,

---

1) Eine Begutachtung ohne persönliche Untersuchung, lediglich auf Grund der Akten, ist abzulehnen, sie könnte nur dann in Frage kommen, wenn es sich um die frühere Zurechnungsfähigkeit einer Person handelt, welche unterdes verstorben ist.

welche selbstverständlich eine genaue Kenntnis der psychiatrischen Untersuchungsmethoden, wie der Psychiatrie selbst, zur Vorbedingung hat.

Es ist eine Krankengeschichte aufzunehmen, deren Einzelheiten nach den Thatsachen, welche die psychiatrische Klinik lehrt, festzustellen sind.

Hier sollen nur einige Punkte hervorgehoben werden, welche für den in Rede stehenden Zweck von besonderer Wichtigkeit sind:

1) Die hereditäre Anlage. Die Bedeutung derselben für die Erzeugung von Geisteskrankheiten braucht hier nicht hervorgehoben zu werden: für die forensische Praxis ist es wichtig zu wissen, dass die erbliche Anlage in einer grösseren Reihe von Fällen zwar eine ausgesprochene Geisteskrankheit nicht erzeugt, wohl aber Naturen schafft, welche, ohne als geisteskrank bezeichnet werden zu können, in Bezug auf ihr Denken und Fühlen und dementsprechend auch in Bezug auf ihr Handeln wesentlich von dem Mittel abweichen. Leicht reizbar, leicht geneigt, augenblicklichen Impulsen zu folgen, nicht dabei unterworfen dem Dazwischentreten jener hemmenden Gegenvorstellungen, welche unsere Handlungen zu überlegten machen, kommen derartige Hereditarier mit dem Strafgesetz in Konflikt. Ihre Handlungen, bei welchen die Geringfügigkeit des Motivs öfter in keinem Verhältnis zu der Schwere der That steht, würden ein psychologisches Rätsel sein, wenn man nicht den hereditär belasteten Boden berücksichtigt, auf welchem jene entstanden sind. Die strafrechtliche Beurteilung der Handlungen dieser Art der Hereditarier bedarf einer besonderen Besprechung.

2) Die Anamnese hat ferner besonders eingehend die Lebensgeschichte des Angeschuldigten zu erörtern. Die Beantwortung der Fragen, wo er in die Schule gegangen, wie weit er es in derselben gebracht, in welchen Fächern er etwa besonders leistungsfähig, in welchen er besonders schwach war, in welchem Alter er abgegangen, wo er in der Lehre, ob er Soldat gewesen, und wie seine Führung beim Militär war, ist neben der über etwa erlittene Vorstrafen in vielen Fällen von der grössten Bedeutung für die ärztliche Beurteilung.

Zuweilen gibt die Kenntnis von dem Verhalten in der Schule schon das notwendige Material für die Stellung einer psychiatrischen Diagnose, speziell der Imbecillität, welche oft genug ohne die Berücksichtigung jener Thatsachen nicht erkannt wird.

3) In gleicher Weise sind besonders Zeichen zu berücksichtigen, welche auf vorhanden gewesene oder noch vorhandene Epilepsie oder Hysterie deuten. In Bezug auf erstere ist nach Pavor nocturnus in der Kindheit, nach Bettnässen, nach vorhanden gewesenen Schwindelanfällen zu fragen, wenn nicht etwa der Nachweis ausge-

bildeter epileptischer Anfälle das Vorhandensein einer Epilepsie sicher feststellt.

4) Intoxikationen, welchen sich der Angeschuldigte ausgesetzt hat, sind immer besonders hervorzuheben.

Unter diesen spielt der Alkohol weitaus die hervorragendste Rolle, wenn auch etwaiger Morphinismus, Cocainismus u. s. w., selbst Nikotianismus u. s. w. nicht ausser acht zu lassen ist. In Bezug auf den ersteren ist nicht bloss die Art und Menge der genossenen alkoholhaltigen Getränke zu erwähnen, es ist speziell auch die individuelle Reaktion auf den Genuss des Alkohols zu erforschen, und da, wo eine im Rausch begangene strafbare Handlung in Frage steht, sind auch die äusseren Umstände, unter denen sich das Individuum zur Zeit der That befunden hat, wie der der Intoxikation vorangegangene Gemütszustand des Thäters (Aerger, Kummer, Sorge u. s. w.) in Rechnung zu ziehen.

Nur zu oft wird bei der strafrechtlichen Beurteilung lediglich die Quantität des aufgenommenen Alkohols festgestellt, und auf Grund der Feststellung derselben die Frage beantwortet, ob eine „sinnlose“ Trunkenheit vorhanden gewesen ist oder nicht.

Der augenblickliche Zustand des Thäters wird sowohl in Bezug auf seine geistige Fähigkeit wie nach der Richtung der körperlichen Funktionen zu erörtern sein.

Die Untersuchung der Psyche hat die vorhandene Summe des Wissens, die Intelligenz, wie die Reproduktionsfähigkeit nach den in der Psychiatrie gebräuchlichen Methoden festzustellen. Der Entwickelungsgang des Individuums, die genossene Schulbildung, die soziale Stellung desselben werden da, wo nicht in die Augen springende und unzweifelhafte Defekte vorhanden sind, den Massstab abgeben müssen, ob die Intelligenz in der Breite des Normalen nur wenig entwickelt, ob sie infolge eines krankhaften Zustandes des Gehirns nicht zur Ausbildung kommen konnte (Imbecillitas), oder ob sie, erst normal entwickelt, defekt geworden ist (Dementia). Auch die Frage nach der Beschaffenheit der Urteilsgefühle, speziell der sittlichen Begriffe, ist in diese Untersuchung mit aufzunehmen, vor Allem ob, wenn jene vorhanden, sie auf dem Boden selbständig erworbener Begriffe entstanden sind, oder ob sie lediglich als Reproduktionen, Nachsprechen erlernter Sätze zu erachten sind, welche für die Person nur die Bedeutung von Phrasen haben. Bei der Untersuchung der Reproduktionskraft wird man festzustellen haben, ob das Individuum zur Zeit im stande ist, überhaupt augenblickliche Eindrücke in sein Gehirn so aufzunehmen, dass es sie nach kurzer Zeit wieder reproduzieren kann (Verlust der Merkfähigkeit bei Dementia senilis, bei progressiver Paralyse), ob es für die Erlebnisse aus der letzten Zeit und für die aus vergangener Zeit ein

normales Gedächtnis hat, oder ob nach einer oder der anderen Richtung hin ein Ausfall besteht.

Endlich wird auch auf das etwaige Vorhandensein von Illusionen oder Hallucinationen oder von beiden zu achten sein.

Die körperliche Untersuchung, welche sich auf alle Organe (auch auf den Urin!) zu erstrecken hat, ist besonders nach zwei Richtungen hin in forensischer Beziehung von besonderer Bedeutung, einmal in Bezug auf etwa vorhandene sog. „Degenerationszeichen", und dann in Bezug auf Lähmungssymptome an den motorischen Nerven, auf krankhafte Veränderungen an den Pupillar- und Sehnenreflexen. Das Vorhandensein der Degenerationszeichen hat nur dann einen Wert, wenn dieselben in grösserer Zahl und besonderer Intensität nachgewiesen werden können. Eines oder das andere jener Zeichen oder auch mehrere kommen oft genug bei geistig völlig normalen Individuen vor. Sind sie in grösserer Zahl vorhanden, sind sie auch in einer erheblichen Deformation des Schädels, dessen Untersuchung und Beschreibung nie unterbleiben darf, nachweisbar, dann wird die Möglichkeit, öfter die Wahrscheinlichkeit nahegelegt sein, dass auch das Gehirn „degeneriert", und dementsprechend die geistige Beschaffenheit des Thäters nicht normal ist. Entscheidend für den definitiven Ausspruch, ob „geisteskrank" oder „geistesgesund", sind die körperlichen Degenerationszeichen nicht.

Reflektorische Pupillenstarre, Mangel der Achilles- oder Patellarreflexe werden, wenn für dieselben nicht etwa eine Erkrankung peripherischer Nerven als Ursache festgestellt werden kann, auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen und in Bezug auf den Schluss, dass eine Gehirnerkrankung nicht vorliegt, zur grössten Vorsicht mahnen.

In den hierher gehörigen Fällen ist auch die Untersuchung mit dem Augenspiegel nicht zu unterlassen.

Endlich hat der Gutachter — in der Regel an der Hand der gerichtlichen Akten — mit dem Angeschuldigten die in Frage stehende strafbare Handlung zu erörtern. Sofern derselbe nicht etwa angiebt, dass er überhaupt nichts von der ihm zur Last gelegten Handlung wisse, oder dass er sich nur dunkel an einzelne Momente erinnere, oder dass er sie überhaupt leugnet, wird das etwaige Motiv der That (causa facinoris), die Prämeditation, das Verhalten desselben während und nach der That, das Bewusstsein der Strafbarkeit, die Bereuung derselben zu besprechen sein.

Die auf Grund der persönlichen Untersuchung festgestellten Thatsachen sind an entsprechender Stelle zu ergänzen durch die Aussage von Zeugen und Bekundungen von Sachverständigen, resp. diese den Angaben des Angeschuldigten gegenüberzustellen.

Auf diesem thatsächlichen Material baut sich sodann das Gutachten auf.

Das Gutachten hat in erster Reihe die wissenschaftliche Diagnose der bestehenden Geisteskrankheit, wenn überhaupt eine solche vorhanden ist, oder die einer etwa bestehenden Neurose (Epilepsie, Hysterie) oder einer chronischen Intoxikation (Alkoholismus, Morphinismus u. s. w.) festzustellen.

Bei dieser Diagnose hüte man sich, Symptome zu verwerten, deren Bedeutung nicht allgemein anerkannt, nicht ein sicherer Besitz der Wissenschaft, vielleicht nur Gegenstand augenblicklicher wissenschaftlicher Diskussion sind. Durch die Vorbringung solcher unfertigen Dinge, deren zweifelhafter Wert auch von den Richtern und Staatsanwälten sehr schnell erkannt wird und Misstrauen gegen den Sachverständigen erweckt, wird nur zu leicht auch ein Zwiespalt, wenn mehrere Sachverständige berufen sind, unter diesen hervorgerufen, welcher dem Ansehen der Wissenschaft, öfter auch dem Angeschuldigten schadet.

Das Gleiche gilt von dem Versuch, eine ganz spezielle wissenschaftliche Diagnose, vielleicht eine ganz besonders geistreiche, zu stellen, sofern deren Richtigkeit nicht mit absoluter Sicherheit bewiesen werden kann.

Derartige Diagnosen gehören nicht vor das Forum, in welchem nur unzweifelhafte Thatsachen dem Richterspruch zur Grundlage dienen dürfen.

Der wissenschaftlichen Auseinandersetzung folgt die Beantwortung der Fragen, welche für das weitere strafrechtliche Verfahren von wesentlicher oder entscheidender Bedeutung ist. Die Schlussfolgerungen können sich in einem oder dem anderen der nachstehenden Sätze feststellen lassen.

1) Der Angeschuldigte ist nicht geisteskrank und hat auch zur Zeit der Begehung der Handlung weder an einem Zustand von Bewusstlosigkeit noch an einem Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit gelitten.

2) Der Angeschuldigte ist zur Zeit geisteskrank und aus diesem Grunde verhandlungsunfähig[1]).

Es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, ob diese Geisteskrankheit oder eine andere Form derselben auch zur Zeit der Begehung der Handlung bestanden hat.

In diesem Falle kann die vorläufige Einstellung des Verfahrens beschlossen werden (§ 203 der Strafprozessordnung).

1) Reichsgerichtsentscheidung vom 8. Januar 1897: Nicht im Stande, dem Gange einer Verhandlung zu folgen, in derselben in angemessener Weise sein Recht zu wahren, seine Verteidigung in verständiger und verständlicher Weise zu führen.

3) Es sind Thatsachen vorhanden, welche auf das Bestehen einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit hinweisen, ein sicheres Urteil, ob dieselbe thatsächlich vorhanden, und in welcher Art und in welchem Grade dieselbe besteht, lässt sich aber erst auf Grund einer Beobachtung in einer Irrenanstalt gewinnen.

Der Sachverständige (nicht der Staatsanwalt oder der Verteidiger) hat in diesem Fall auf Grund des § 81 der Strafprozessordnung den Antrag zu stellen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt zur Beobachtung gebracht wird, welche die Dauer von 6 Wochen nicht übersteigen darf.

4) Der Angeschuldigte ist jetzt nicht geisteskrank, hat sich aber zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des deutschen Strafgesetzbuchs befunden.

5) Der Angeschuldigte ist zur Zeit geisteskrank und hat sich auch bei Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des Strafgesetzbuchs befunden.

6) Der Angeschuldigte hat zwar zur Zeit der Begehung der Handlung sich weder in einem Zustande von Bewusstlosigkeit noch in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des Reichs-Strafgesetzbuchs befunden, derselbe leidet aber zur Zeit und litt zur Zeit der strafbaren Handlung oder nur zur Zeit der letzteren an einem krankhaften Zustande des Nervensystems, welches sein Handeln in ungünstiger Weise beeinflusste.

Der Sachverständige wird unter diesen Umständen die Annahme mildernder Umstände, welche für die verminderte Zurechnungsfähigkeit einzutreten haben, beantragen.

Kommt das Gutachten zu einem der Schlüsse ad 4—6, so ist es die weitere Aufgabe des Sachverständigen, auseinanderzusetzen, wie die angeschuldigte Handlung auf dem Boden des krankhaften Zustandes entstanden, sich aus demselben entwickelt hat.

Allerdings hat das Plenum des norddeutschen Reichstags die ursprüngliche Fassung des damaligen § 49, wonach die freie Willensbestimmung „in Bezug auf die That“ im Fall der nicht vorhandenen Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen sein müsste, in der Weise verändert, dass das „in Bezug auf die That“ gestrichen wurde, also der Nachweis eines direkten Zusammenhangs der Handlung und der Geisteskrankheit nicht erbracht zu werden braucht.

Immerhin wird der Sachverständige diesen Zusammenhang zu erörtern haben, und sein Gutachten wird durch den Nachweis dieses Zusammenhangs an überzeugender Kraft gewinnen.

Es soll mit Rücksicht darauf in den folgenden Ausführungen des weiteren dieser Zusammenhang erläutert werden, und ich folge

dabei der Zweiteilung des § 51, d. h. bespreche nacheinander die Zustände von Bewusstlosigkeit und sodann die Zustände von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit mit den sich in diesen Zuständen entwickelnden strafbaren Handlungen.

Wir beginnen mit den Zuständen von Bewusstlosigkeit. Unter Bewusstsein verstehen wir die Summe aller im Augenblick vorhandenen sinnlichen Wahrnehmungen, Denkvorstellungen, und der vorhanden gewesenen, soweit sie reproduziert werden können. Ein Zustand von Bewusstlosigkeit ist demnach ein Ausgelöschtsein des gesamten geistigen Inhalts, damit aber auch die Unfähigkeit, aus dem Bewusstsein Handlungen hervorgehen zu lassen.

Ein Mensch, welcher soeben einen schweren apoplektischen Insult erlitten, welcher im typisch-epileptischen Anfall oder in einem Zustand tiefer Chloroformnarkose, oder in dem höchsten Grade der Trunkenheit sich befindet, ist bewusstlos; es bestehen psychische Vorgänge überhaupt nicht.

Es kann in einem solchen bewusstlosen Zustand eine Mutter im epileptischen Anfall ihren in ihrem Bett befindlichen Säugling durch Erdrücken töten, aber es handelt sich dann nicht um einen Thäter, sondern um eine physikalische Masse, welche das Unheil hervorbringt. Zustände von Bewusstlosigkeit können in manchen Fällen durch Unterlassung gewisser Handlungen, welche im gegebenen Augenblick auszuführen waren, zu strafrechtlicher Verfolgung führen. Ein Lokomotivführer sieht im bewusstlosen Zustand (epileptoider Anfall bei beginnender progressiver Paralyse) das Haltesignal nicht und führt dadurch einen Zusammenstoss herbei. Ein Streckenarbeiter sieht im epileptischen Anfall den herankommenden Zug nicht, bleibt auf dem Schienengleise stehen und wird getötet, ein Fall, welcher allerdings nicht strafrechtlich, sondern zivilrechtlich zu meiner Beurteilung kam, da es sich um die Rente der Hinterbliebenen handelte, welche im Fall des Selbstmordes nicht gewährt worden wäre. Das Gesetz hat unzweifelhaft für diese so seltenen Fälle nicht eine besondere Fassung dem § 51 geben wollen, es ist vielmehr anzunehmen, dass unter Bewusstlosigkeit zu verstehen ist „Aufhebung des Selbstbewusstseins“.

Wenn aber Bewusstlosigkeit Aufhebung des Selbstbewusstseins bedeutet, und in der praktischen Anwendung des § 51 in foro gilt diese Auffassung ohne Widerspruch — dann handelt es sich hier um einen Zustand, welcher unter den verschiedensten Bedingungen und in der verschiedensten Art recht häufig die ärztlichen Sachverständigen beschäftigt.

Unter Selbstbewusstsein verstehen wir die Thatsache, dass das Ich, die Persönlichkeit, der Kern, welcher sich allmählich aus den nach Ort und Zeit verschiedenen Bewusstseinszuständen herausgebildet

hat, die augenblicklichen oder soeben vorhanden gewesenen Vorgänge des Bewusstseins in Verbindung oder in Gegensatz zu der Aussenwelt bringt. Eine grosse Reihe von Handlungen vollziehen sich jeden Tag bei Gesunden unter der Schwelle des Selbstbewusstseins in ausgeschliffenen Bahnen, ohne dass das Ich sich dessen bewusst wird. Wir erwiedern den Gruss eines Bekannten auf der Strasse, während wir uns selbst mit etwas ganz anderem beschäftigen; wenn jener längst vorübergegangen ist, wird unser Ich darauf aufmerksam, wen es gesehen und gegrüsst hat. Die mannigfachsten täglich sich wiederholenden Verrichtungen, Ankleiden u. s. w., vollziehen wir, während das Ich den Gang der Verrichtungen weder leitet, noch desselben sich bewusst ist.

Bei der Besprechung der Zustände von „Aufhebung des Selbstbewusstseins“ lassen Sie mich von der Epilepsie ausgehen, da hier dieselben am besten gekannt und am genauesten studiert sind, da sie ausserdem hier die grösste praktische Bedeutung haben.

Ich habe bereits vorhin Fälle erwähnt, in welchen bei Epileptikern Pausen des Bewusstseins ohne Krämpfe mit völliger Handlungsunfähigkeit sich zeigen. Das ist die eine Art der sogenannten epileptoiden Anfälle. In einer Reihe anderer Fälle ist dagegen trotz ausgeschalteten Selbstbewusstseins die Handlungsfähigkeit nicht aufgehoben. Man hat derartige Zustände ebenfalls bald als epileptoide, als epileptische Aequivalente, psychische Epilepsie bezeichnet, bald Dämmerzustände, bald Traumzustände genannt.

Man kann die kurz dauernden, in Minuten oder Teilen einer solchen ablaufenden Anfälle als epileptoide, die länger, Stunden, Tage, selbst Wochen dauernden als Dämmerzustände, und endlich diejenigen Dämmerzustände, in welchen Hallucinationen auftreten, als Traumzustände bezeichnen, wobei man aber nicht vergessen darf, dass es scharfe Grenzen zwischen den verschiedenen Arten dieser Zustände nicht giebt. Endlich können solche Anfälle mit pathologisch gesteigertem Thätigkeitsdrang als epileptische Tobsucht auftreten.

Alle diese verschiedenen Zustände können dem typischen epileptischen Anfalle vorausgehen (praeepileptisch), sie werden in diesem Fall durch denselben beendet, zuweilen folgen sie dem Anfall unmittelbar (postepileptisch), meist ersetzen sie denselben als Aequivalente.

Die forensisch wichtigen Handlungen, welche sich in denselben vollziehen, äussern sich mit besonderer Häufigkeit als Auskleiden, als Entblössen der Geschlechtsteile (Exhibitionismus) mit und ohne Masturbation, als Entleerung von Urin oder Stuhlgang ohne Rücksicht auf die Umgebung, auf offener Strasse. Aber auch gewaltthätige Handlungen, Verletzungen eines Dritten mit einem Instrument,

welches gerade in der Hand oder Nähe des Kranken sich befindet, kommen vor.

Diebstähle (Einstecken von gerade daliegenden Gegenständen), Raub auf offener Strasse, Brandstiftungen (nicht allzu selten) können in solchem Zustand begangen werden.

Vor einer Reihe von Jahren legte ein epileptischer Tischlergeselle auf dem Boden des Hauses, auf welchen er sich zum Schlafen in der Mittagspause begeben hatte, Feuer an, und nachdem er dies gethan und sich an seine Arbeitsstelle zurückbegeben hatte, bekam er einen epileptischen Anfall. Er hatte schon früher an Epilepsie gelitten, und epileptische Anfälle kehrten auch später während der Behandlung in der Irrenanstalt wieder. Die Motivlosigkeit und Plötzlichkeit, mit welchen sich derartige Handlungen im epileptoiden Anfall vollziehen, der vollständige Mangel an Rücksicht in Bezug auf die äusseren Umstände, die drohende sofortige Verhaftung u. s. w. sind wesentliche Kriterien für die Erkennung derartiger Zustände.

Manche dieser Handlungen, besonders das Auskleiden und das Entblössen der Geschlechtsteile, kehren in einzelnen Fällen mit grosser Regelmässigkeit in jedem Anfalle wieder. Dabei kann auch der von aussen kommende Sinneseindruck eine gewisse Rolle spielen.

Ein berittener Zollbeamter war wegen Exhibitionismus angeklagt; derselbe hatte in der Regel stattgefunden, wenn er auf seinen Dienstritten ein weibliches Wesen kommen sah. Die wissenschaftliche Deputation erklärte ihn für an epileptoiden Anfällen leidend, er endete an Paralyse im Irrenhaus.

Die Handlungen, welche in den länger dauernden Dämmerzuständen oder Traumzuständen ausgeführt werden, können höchst komplizierter Natur sein.

Ich erinnere an das Schauspiel „Der Andere" von Lindau, in welchem ein epileptischer Staatsanwalt im Dämmerzustand in eine Verbrecherkneipe gerät, dort einen Einbruch bei sich verabredet und diesen bei der Wiederkehr des Dämmerungszustandes thatsächlich ausführt.

Ich hatte Gelegenheit, einen pekuniär gut situierten Schauspieler zu begutachten, welcher, selbst epileptisch, mit besonderem Interesse in jenem Stück gespielt hatte, im Dämmerzustand einbrach, eine Reihe von Silbersachen entwendete, sie bei einem Pfandleiher versetzte, sich für das Geld einen Stockdegen kaufte und bald darauf verhaftet wurde.

Er wurde auf Grund des ärztlichen Gutachtens freigesprochen, später sich auf der Bühne während des Spiels wiederholende epileptoide Anfälle, in denen es zu strafbaren Handlungen nicht kam, bestätigten die Diagnose.

In solchen Dämmerzuständen tritt nicht selten ein Drang, herumzulaufen, ein (Poriomanie). Auf dem Wege können Kneipen auf-

gesucht, Unterhaltungen geführt und Verabredungen getroffen, Einkäufe gemacht werden.

Ein recht instruktives und einwandsfreies Beispiel bot mir eine Patientin meiner Poliklinik, welche hier wegen Epilepsie behandelt wurde. Eines Tages sprach sie gelegentlich ihres Besuches ihre Verwunderung darüber aus, dass sie einen neuen Sonnenschirm in der Hand hatte. Bei ihrem nächsten Besuch brachte sie die Aufklärung in folgender Weise: Sie war von Haus fortgegangen, um die Poliklinik aufzusuchen. Unterwegs hatte sie ihren „Anfall" bekommen. Sie war in ein Geschäft gegangen, hatte dort, obwohl ihr alter Sonnenschirm noch sehr brauchbar war, und sie eines anderen nicht bedurfte, einen neuen gekauft und bezahlt, die Adresse ihrer Wohnung angegeben, wohin ihr der alte geschickt werden sollte, und war aus ihrem Dämmerzustand erst in der Poliklinik aufgewacht, wo sie sich unvermutet in dem Besitz des neuen Schirmes sah.

Es mag dabei bemerkt werden, dass es bezeichnend für den Augenblick des Erwachens aus dem Dämmerzustand ist, dass sich die Kranken in einer ganz unerwarteten, ihnen vorerst unerklärlichen Situation finden.

Hat man Gelegenheit, einen solchen Kranken, welcher sich im Dämmerzustand befindet, zu sehen, so zeigt er sich blass mit weiten Pupillen, mit träger oder erloschener Reaktion auf Lichteindruck und ausdruckslosem Gesicht.

Man hat früher als charakteristisch für derartige Zustände die mit Aufhebung des Selbstbewusstseins bestehende Amnesie für die Dauer des Anfalls betrachtet.

Das weitere Studium derartiger Fälle hat jedoch ergeben, dass öfter keine völlige Amnesie, sondern dass eine gewisse summarische Erinnerung besteht, oder dass auch einzelne Momente aus der Zeit des Anfalls in der Erinnerung aufbewahrt werden.

Die gerichtlichen Fälle geben hierüber aber eine einwandsfreie Auskunft nicht, hier hat der Angeschuldigte durch Verlesung von Protokollen, wie Aussagen von Zeugen, so viel schon von den Vorgängen während des Anfalls gehört, dass er schliesslich nicht mehr im stande ist, zu sagen, was thatsächlich in seiner Erinnerung aus dem Anfall vorhanden ist, oder was er nach den Erzählungen späterer Vorhaltungen reproduziert.

Es sei dabei sogleich noch auf eine andere Thatsache der postparoxysmalen Zeit aufmerksam gemacht.

Epileptiker nehmen aus ihren Dämmer- und Traumzuständen zuweilen Vorstellungen hinüber in den wachen Zustand. Diese Vorstellungen haben für sie öfters die Bedeutung realer Thatsachen, wirklicher Erlebnisse.

Man wird mit Rücksicht darauf die Zeugenaussagen und Eide

von Epileptikern, welche an solchen Dämmer- und Traumzuständen leiden, nur mit grosser Vorsicht verwerten dürfen.

Endlich wirft sich in foro zuweilen die Frage auf: wie ist eine vom Standpunkt des Thäters aus wohlmotivierte und von demselben nachweislich intendierte strafbare Handlung zu beurteilen, welche derselbe im nachgewiesenen epileptischen Aequivalent begeht.

Die Ausführung der That (und gegen diese, nicht gegen die verbrecherische Absicht, richtet sich die Strafandrohung), ist hier in einem Zustand geschehen, in welchem das Ich ausgeschaltet, während die in demselben enthaltenen Vorstellungen, welche die Ausführung verhindert hätten oder wenigstens verhindern konnten, nicht hemmend aufzutreten im stande waren.

Strassmann berichtet von einer Frau, welche aus Not den Entschluss gefasst hatte, sich mit ihrem Kinde zu töten. Sie entwendet zu diesem Zwecke Chloroform und führt die That im epileptischen Dämmerzustand in der Art aus, dass sie dem Kinde ein chloroformgetränktes Taschentuch vorhält. Sie stellt sich als Mörderin selbst.

Von den geschilderten Zuständen unterscheidet sich durch das massenhafte Auftreten von schreckhaften Hallucinationen, besonders im Gebiete des Gesichts und Gehörs, und durch die jedes Mass überschreitende Gewaltthätigkeit jene Aufhebung des Selbstbewusstseins, welche im Furor epilepticus vorkommt. Derselbe kann in wenigen Minuten ablaufen, er kann jedoch Tage und Wochen anhalten.

Die soeben beschriebenen Zustände von Aufhebung des Selbstbewusstseins kommen in annähernd gleicher Weise auch bei hysterischen Personen vor und werden dann als hysterische oder hysteroepileptische Dämmerzustände, Traumzustände u. s. w. bezeichnet. Zuweilen lässt sich der krankhafte Zustand des Thäters in solchen Fällen direkt dem Gerichtshofe demonstrieren, wie es mir in einem Falle gelang, in welchem eine hysteroepileptische Frau der vorsätzlichen Brandstiftung angeklagt war. Ihr Verhalten vor der That, wie das Motiv der Brandstiftung sprachen für ihre Schuld. Zeugen bekundeten aber, dass sie bald nach der Brandstiftung einen „Krampfanfall“ gehabt. Von einem hysterogenen Punkt aus liess sich ein hysteroepileptischer Anfall während meiner Untersuchung in einer Pause der öffentlichen Verhandlung hervorrufen, welcher sich sodann bei der Fortsetzung derselben wiederholte.

Nahe verwandt mit den geschilderten Zuständen sind die bei chronischen Alkoholisten, in seltenen Fällen auch nach einem einmaligen starken Exzess als pathologische Form der Trunkenheit auftretenden Dämmerzustände, welche man als Trance bezeichnet.

In diesen Zuständen bleibt öfters wie bei den epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen die Fähigkeit erhalten, auf gestellte

Fragen über Name, Alter, Ort und Zeit richtige Auskunft zu geben und dadurch über die thatsächlich vorhandene Ausschaltung des Selbstbewusstseins zu täuschen.

Ein solcher Alkoholist kehrte abends von der Arbeit in seine Wohnung zurück, setzte den dort befindlichen Webstuhl in Brand, legte sich aufs Sofa, rauchte eine Zigarre und wollte den Wirt des Hauses, welcher auf den Feuerlärm von der Strasse aus in die Wohnung kam, mit den Worten hinausweisen: „was er in seiner Stube thäte, ginge niemanden etwas an“.

Die gewaltthätigen Handlungen des im bewusstlosen Zustande befindlichen Alkoholisten ähneln denjenigen, welche der Epileptiker im Zustande des Furor epilepticus ausführt.

Hierher gehören im wesentlichen die Fälle, in welchen in foro die „sinnlose Trunkenheit“ in Frage kommt. Die Trunkenheit als solche bietet einen Strafausschliessungsgrund nicht; soll Straffreiheit eintreten, so muss der durch die Trunkenheit bewirkte Zustand unter die Bewusstlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistesthätigkeit des § 51 zu bringen sein. Den Zuständen von Bewusstlosigkeit durch Alkoholvergiftung sind diejenigen gleichzustellen, welche gelegentlich durch Vergiftungen mit Opium, Morphium, Cocain, Aether, Chloroform u. s. w. herbeigeführt werden können.

Wird der Schlaf plötzlich unterbrochen, so tritt bei einzelnen Personen, welche durch Anlage oder vorübergehend schwächend wirkende Momente (starke Ermüdung, Uebermass geistiger Getränke vor dem Schlafengehen, Hitze und Verunreinigung der Luft im Schlafzimmer) prädisponiert sind, ein Zustand ein, in welchem das Individuum augenblicklich wirkende Sinnesreize mit den Bildern des Traumes vermischt, damit zu verkehrten Wahrnehmungen, Schlüssen kommt und diesen entsprechend abnorme Handlungen ausführt.

Dieser Zustand von Schlaftrunkenheit dauert in der Regel nur eine oder wenige Minuten; forensisch kommt er nur sehr selten zur Beurteilung.

Das Schlafwandeln, Somnambulismus, unterscheidet sich von einem Traumzustand dadurch, dass die Uebertragung der Vorstellungen des Traumes auf die motorische Sphäre, die Auslösung von Handlungen ungemein erleichtert ist.

Das genauere Studium der hysterischen, hysteroepileptischen und epileptischen Zustände hat den Somnambulismus als eine besondere Krankheit beseitigt und ihn als Symptom des einen oder des anderen jener Zustände festgestellt.

Die Fieberdelirien können einen Zustand von Trübung des Bewusstseins oder auch Aufhebung des Selbstbewusstseins hervorbringen, in welchem durch die vorhandenen Hallucinationen und in der Richtung und Konsequenz derselben es zu gewaltthätigen Hand-

lungen kommen kann. Ihrer Entstehung nach sind sie als Intoxikationsdelirien zu bezeichnen.

Die Bewusstlosigkeit der Gebärenden ist in der Regel ein durch eine Reihe von Momenten hervorgebrachter krankhafter Zustand.

Es wirken zusammen die Schmerzen, der Blutverlust, Gram und Kummer während der Schwangerschaft, bei unehelichen Geburten Scham und Angst vor der Zukunft — in der Regel auch eine vorhandene nervöse Prädisposition, vorangegangene hysterische oder epileptische Erregung.

Der Gesetzgeber hat, abgesehen von den Zuständen der Bewusstlosigkeit, im übrigen auf den Gemütszustand der Mutter bei unehelichen Geburten bei Abmessung der Strafe für den Mord des Kindes in oder gleich nach der Geburt im § 217 Rücksicht genommen (Zuchthaus nicht unter 3 Jahren, bei mildernden Umständen Gefängnis nicht unter 2 Jahren).

Ich wende mich jetzt zu den Zuständen krankhafter Störung der Geistesthätigkeit.

Die letztere Bezeichnung ist in das Gesetz durch das Gutachten der preussischen wissenschaftlichen Deputation gekommen. Dieses von Virchow erstattete Gutachten führt aus, dass das Wort Geisteskrankheit am ehesten geeignet wäre, aller Unsicherheit ein Ziel zu setzen, schlägt jedoch dafür die Bezeichnung krankhafte Störung der Geistesthätigkeit vor, weil mit dem Worte Geisteskrankheit nicht gewisse Grade der Trunkenheit, des Fieberdeliriums, der Schlaftrunkenheit, der Zustand der Gebärenden gedeckt werden können, welche ebenfalls als unzurechnungsfähige zu bezeichnen sind.

Nun ist aber im weiteren Verlauf der gesetzgeberischen Entwickelung des § 51 in denselben noch das Wort Bewusstlosigkeit hinzugekommen; jene Zustände, welche die wissenschaftliche Deputation abhielten, das Wort Geisteskrankheit zu wählen, fügen sich ohne Bedenken unter die Zustände von „Bewusstlosigkeit", und es würde demnach jetzt neben Bewusstlosigkeit lediglich „Geisteskrankheit" stehen können, ein Ausdruck, welcher den sehr grossen Vorteil hätte, dass er des Relativsatzes, durch welchen ein Ausschluss der freien Willensbestimmung noch nachgewiesen werden müsste, nicht bedürfte.

Zwar kann ein Geisteskranker sehr wohl eine Handlung vorbereiten, von welcher er weiss, dass sie verwerflich, dass sie strafbar sei, er kann sie mit kluger Berechnung ausführen, den Versuch machen, sich den strafrechtlichen Folgen derselben zu entziehen — aber diese Handlung wird man trotzdem sicher nicht als eine aus „freiem Willen" hervorgegangene bezeichnen können, mag man den freien Willen definieren, wie man auch will.

Die strafbaren Handlungen, von welchen hier die Rede ist, setzen einen Anreiz zur Begehung einer That, welche in der Regel egoistischen Zwecken Förderung bringen soll, voraus. Den Vorstellungen, welche zur Umsetzung in die That drängen, treten hemmend diejenigen entgegen, welche wir altruistische nennen. Gleichzeitig machen sich die Vorstellungen des Verbotenseins, der folgenden Strafe u. s. w. geltend.

Den Kampf, welcher zwischen den sich assoziirenden auf die Ausführung der Handlung gerichteten und den kontrastierenden Vorstellungen geführt wird, bezeichnen wir als *Ueberlegung*.

Die That wird ausgeführt, wenn die auf Erfüllung derselben gerichteten Vorstellungen den Sieg in dem Kampfe davontragen.

Besteht ein *krankhafter* Zustand der Geistesthätigkeit, so lassen sich *schematisch* drei Möglichkeiten konstruieren:

1) Der Anreiz und die auf Erfüllung der That sich richtenden Vorstellungen sind durch die Krankheit hervorgerufen oder in abnormer Weise verstärkt.

2) Die auf Hemmung einer strafbaren Handlung gerichteten sittlichen Vorstellungen sind infolge von Krankheit wenig entwickelt oder durch die Krankheit geschwächt.

3) Es findet eine Ueberlegung, ein Kampf überhaupt nicht statt, der Reiz löst die Handlung aus.

Es braucht wohl nicht besonders gesagt zu werden, dass in der Natur selbst dieses Schema in reiner Weise nicht existiert, dass sich die verschiedenen Möglichkeiten oft miteinander verbinden. Praktisch aber scheint es mir nicht ohne Bedeutung, dem Laien, dem Richter, wie den Geschworenen das psychische Geschehen in dem kranken Gehirn zu erläutern; der Laie wird dann eher im stande sein, sich ein Urteil zu bilden, als wenn man ihm, mit einem lateinischen oder griechischen Wort der Bezeichnung einer Geisteskrankheit — in dieser Bezeichnung besteht zudem noch sehr häufig ein völliger Mangel der Uebereinstimmung unter den Sachverständigen — eine bestimmte Meinung aufdrängen will.

1) Die strafbaren Handlungen Geisteskranker, welche in einem *krankhaften Anreiz* ihren Ursprung haben.

Der Reiz wird hier in der Mehrzahl der Fälle durch *Wahnvorstellungen* gegeben.

Dieselben können melancholischer, paranoischer oder expansiver Natur sein.

Sie können sich mit Hallucinationen verbinden, oder auch ohne Hallucinationen bestehen.

Oefter giebt eine Hallucination, besonders eine Gehörshallucination, den letzten Anstoss zur Ausführung der Handlung.

Der Melancholicus sieht in der Not und dem Elend, das er mitverschuldet, keinen Ausweg, als den Tod, aber er will nicht das

Liebste, das er auf Erden hat, in dem „Sündenpfuhl“ zurücklassen, er tötet Frau und Kinder und dann sich selbst. Den Reiz zur Handlung giebt der melancholische Wahn ab.

Der Paranoiker, welcher sich verfolgt wähnt, ist der Verfolgungen müde, er wird zu einem verfolgten Verfolger, er wehrt und rächt sich. Hierher gehört der grösste Teil der Querulanten. Der Wahn, in ihrem Rechte gekränkt worden zu sein, führt sie zu Beleidigungen und Attentaten gegen die Zeugen, die Richter, die höchsten Behörden des Staates, das Staatsoberhaupt selbst. Ein paranoischer Student einer technischen Hochschule, welchen ich vor einiger Zeit zu begutachten hatte, verübte bei seinen Kommilitonen eine Reihe von Diebstählen. Er bezeichnete seine That als begründete Rache an der Menschheit, welche ihn von Jugend auf herabgesetzt und beleidigt habe.

Nicht selten sucht der Paranoiker seine „gekränkte Ehre“, „die Verleumdungen, welche gegen ihn ausgesprochen“, an der Person selbst zu rächen, welche er als Ausgangspunkt betrachtet; der paranoisch Geisteskranke, welcher sich von seiner Ehehälfte betrogen glaubt, richtet seine Angriffe gegen diese. Hierher gehören die von Eifersuchtswahn besonders häufig erfüllten paranoischen Alkoholisten, ebenso die paranoischen Cocainisten.

Der hypochondrische Paranoiker, welcher seine körperlichen Qualen auf die Medikamente zurückführt, welche ihm der Arzt gegeben, richtet seine Denunziationen, wohl auch Gewaltthätigkeiten, gegen den Arzt.

Die expansiven Wahnvorstellungen führen in der einfachsten Form, der Ueberhebung der eigenen Person, zur Rücksichtslosigkeit gegen andere, Beleidigungen derselben, Beleidigungen der Behörden, zu Körperverletzungen anderer, mit welchen sie in Streit geraten — so in der Manie, in dem manischen Stadium der progressiven Paralyse.

Der paranoische Grössenwahn wird nicht selten zum Anreiz für gewaltsame Handlungen.

Dem Paranoiker, welcher die Kathedrale in York anzündete, hatte die göttliche Stimme zugerufen, die Kirche von unwürdigen Priestern zu reinigen.

Ein Paranoiker hielt sich von Gott berufen, für einen zweiten Jesus Christus zu sorgen. Zu diesem Zweck schwängerte er eine Jungfrau, und zwar seine eigne Tochter, von der er mit Sicherheit annehmen konnte, dass sie noch Jungfrau war.

Ein Anderer tötete einen fremden, armen Menschen, um Gott ein Opfer zu bringen, Gott hatte es ihm befohlen, ebenso wie seinerzeit Abraham, um seine Treue zu erkennen.

Hierher gehören auch jene Kranken mit paranoischen Grössen-

ideen, welche sich berufen glauben, als Weltverbesserer, als Gründer einer neuen Staatsform aufzutreten, „das Land zu retten“, und auf diesem wahnsinnigen Boden zur Ausführung von Attentaten schreiten.

Dem paralytischen Grössenwahn fehlt die Energie der oben erwähnten Paranoiker, sein ganzer Inhalt ist ein schwachsinniger, in der Meinung, dass ihm alles gehört, wird er zum Dieb, zum Betrüger, wohl auch zum Brandstifter, „da sein Haus nicht mehr seiner Stellung genügt, und er ausreichend versichert ist“.

Ausser den Wahnvorstellungen kann den Ausgangspunkt für eine strafbare Handlung ein hochgradig gesteigertes Angstgefühl geben, wie wir es in prägnanter Weise besonders in dem Raptus melancholicus sehen. Ohne Rücksicht auf den Ort und die Gegenwart anderer entladet sich die zur Unerträglichkeit gesteigerte Angst des Melancholikers plötzlich in einer Vernichtung dessen, das gerade in seiner Nähe ist.

Diese Angstzustände, hervorgerufen durch massenhafte, schreckliche Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, sind es auch, welche nicht allzu selten den tobsüchtigen Epileptiker, wie den Alkoholisten im Zustande der sinnlosen Trunkenheit, im Delirium tremens zu gewaltthätigen Handlungen führen.

Zuweilen entwickelt sich die Angst vorübergehend auch auf dem Boden einer hallucinatorischen Paranoia.

Endlich können krankhaft gesteigerte Triebe, besonders sexueller Natur, zur Auslösung mit übermässiger Macht drängen. Hierher gehören in den manischen Zuständen die Vergehen gegen die öffentliche Schamhaftigkeit, zuweilen auch Verbrechen gegen die Sittlichkeit.

Hypochondrische Angstzustände können ebenfalls, verbunden mit sexuellen Trieben, zum Exhibitionismus führen.

Ein Beamter, welchem die besten Zeugnisse seiner Vorgesetzten zur Seite standen, wurde von Zeit zu Zeit von einer unaussprechlichen Angst, welche er in seinen Genitalien fühlte, befallen, welche nicht eher nachliess, als bis er auf der Strasse seinen Penis entblösste, und zwar so, dass ihn weibliche Personen sehen konnten. In der ersten Instanz verurteilt, wurde er in der zweiten auf Grund des ärztlichen Gutachtens freigesprochen.

In all den erwähnten Fällen muss sich, wenn der Thäter den Schutz des § 51 geniessen soll, nachweisen lassen, dass die Koeffizienten, resp. einer der Koeffizienten, aus welchen die Handlung entsteht, durch einen krankhaften Zustand derartig verändert sind, dass ebensowenig, wie dieser krankhafte Zustand, der Effekt, zu welchem er geführt hat, dem Thäter zugerechnet werden kann.

Zu demselben Resultat wird der Sachverständige kommen müssen, wenn er nachweisen kann, dass

2) die auf die Hemmung der Handlung, zu welcher der Anreiz gegeben ist, gerichteten kontrastierenden Vorstellungen, die sittlichen Begriffe, infolge von Krankheit sich nicht entwickelt haben oder, wenn sie entwickelt gewesen, durch krankhafte Störung der Geistesthätigkeit geschwächt oder vernichtet sind.

Im ersteren Falle handelt es sich um die Zustände des Idiotismus, besonders der Imbecillität.

Der Imbecille kann sich gewisse Schulkenntnisse, vielleicht nach einer oder der anderen Richtung hin besondere technische Fertigkeiten erwerben, er kann, da er die Umgangsformen gut gelernt hat, nach aussen hin als gesund erscheinen, er ist aber nicht im stande, in seiner geistigen Entwickelung eine Höhe zu erreichen, welche ihn die Sittlichkeit als etwas Notwendiges erkennen lässt. Er kennt wohl das betreffende göttliche Gebot, das ihm die Handlung verbietet, welche er soeben ausgeführt, vielleicht auch den Paragraphen des Strafgesetzbuches, welcher jene Handlung mit Strafe bedroht, aber es fehlt ihm das Verständnis für den Grund des göttlichen Gebots, wie für die Motive der Strafandrohung.

In bezeichnender Weise sagte ein 23-jähriger Mensch aus bester Familie, welcher wiederholt gestohlen, unter Vormundschaft gestellt werden sollte, im Explorationstermin auf die Frage: Werden Sie wieder stehlen? „Nein!“ Warum nicht? „Mein Vater hat es mir verboten.“

Vollziehen sich bei manchen Imbecillen die strafbaren Handlungen lediglich aus Anreiz nnd Mangel resp. Schwäche der kontrastierenden Vorstellungen, so gibt es andere, welche mit einer besonderen Neigung zu unsittlichen Handlungen behaftet, welche von Jugend auf lügen, stehlen u. s. w., und bei denen die Unfähigkeit, sittliche Vorstellungen zu erwerben und sie entsprechend zur Geltung zu bringen, eine Hemmung jener Triebe ausschliesst. Man hat aus den in die Augen fallenden Symptomen des unsittlichen Lebenswandels eine besondere Krankheit, den moralischen Wahnsinn, gemacht. Eine solche Krankheit, welche lediglich die Moral ergreifen sollte, existiert nicht; weitaus die grösste Mehrzahl der hierher gerechneten Kranken sind Imbecille, ein anderer Teil sind hysterisch, epileptisch, paranoisch Kranke.

Es ist selbstverständlich, dass, wenn es eine Krankheit nicht gibt, welche lediglich in der Unmoralität besteht, ebensowenig resp. noch viel weniger eine Krankheit existieren kann, welche lediglich mit der Sucht nach der Ausführung eines bestimmten Verbrechens sich deckt: es giebt demnach keine Pyromonomanie oder Kleptomonomanie u. s. w.

Bei all diesen Imbecillen kommt es zu einem Kampf zwischen assoziierenden und kontrastierenden Vorstellungen, zu einer Ueber-

legung entweder gar nicht oder nur in ganz oberflächlicher Weise. „Erst thue ich, was mir gerade einfällt, und nachher überlege ich es mir", sagte einer der Imbecillen, welchen ich wegen Vergehens gegen die Sittlichkeit zu begutachten hatte.

Das etwa vorhandene Bewusstsein des Unrechtmässigen einer beabsichtigten oder ausgeführten Handlung wird bei vielen dieser Imbecillen dann noch dadurch zurückgedrängt, dass sie glauben, ein gewisses Recht zu haben, andere zu schädigen, da sie selbst geschädigt, bestraft worden sind, und zwar, wie sie meinen, ohne Grund.

Der Mangel der Kritik, die Leichtgläubigkeit und Beeinflussbarkeit dieser Kranken macht sie, besonders dann, wenn für sie selbst daraus irgend ein Vorteil zu erwachsen scheint, nicht selten zu gefügigen Werkzeugen in der Hand geistesgesunder Verbrecher. Die Schandthaten der Anarchisten, welche ihre Werkzeuge unter solchen Imbecillen suchen und finden, bieten hierfür manch lehrreiches Beispiel.

Handelt es sich bei der Imbecillität um eine mangelnde Entwickelung sittlicher Begriffe, so ist es bei der Demenz, dem erworbenen geistigen Schwächezustand, der Verlust jener Begriffe, welcher im grossen und ganzen zu denselben Resultaten führt, wie bei der Imbecillität. Die Erfahrung lehrt, dass bei einem Zerfall des geistigen Gebäudes der Persönlichkeit zuerst die höchsten und letzten Errungenschaften derselben leiden, d. h. die Urteilsgefühle, unter denen die ethischen eine besonders hervorragende Rolle spielen.

Die Demenz ist entweder Endstadium einer primären, sogenannten funktionellen Psychose, oder sie tritt primär als Zeichen einer Intoxikations- oder organischen Psychose auf.

Besonders häufig wird sie Gegenstand forensischer Beurteilung als Folge des chronischen Alkoholismus.

Der chronische Alkoholist zeigt als erste krankhafte Störung seiner Geistesthätigkeit den Verlust seiner sittlichen Gefühle, er vernachlässigt die Pflichten seines Berufes, wird gleichgiltig gegen das Geschick seiner Angehörigen, für welche er zu sorgen hat; gewähren ihm nicht eigene Mittel, seine Neigung zum Trunke zu befriedigen, so vagabundiert er, bettelt, stiehlt.

Von den organischen Psychosen kommt vorzugsweise in der Praxis die progressive Paralyse und die Dementia senilis in Betracht.

Schon im frühen Stadium der Paralyse kommen Fälschungen, Diebstähle, Vergehen gegen die Schamhaftigkeit u. s. w. vor, weil dem Paralytiker die Gefühle für das Unsittliche seines Verhaltens verloren gegangen sind, und die Häufigkeit der Delikte unzüchtiger Handlungen bei Greisen, bei Demenz nach Apoplexien, ist viel weniger aus einem „Johannistrieb" zu erklären, als aus dem Verlust früher

vorhanden gewesener ethischer Gefühle, welche die Ausführung solcher Handlungen verhinderten.

3) Wiederholt wurde in den bisherigen Ausführungen darauf aufmerksam gemacht, dass das Zustandekommen von strafbaren Handlungen besonders dadurch gefördert wird, dass ein Kampf, eine Ueberlegung überhaupt nicht stattfindet, dass trotz des nicht aufgehobenen Selbstbewusstseins die Handlung ähnlich wie in einem Dämmerzustand sich reflektorisch vollzieht.

Es giebt krankhafte geistige Zustände, in welchen jener Mangel der Ueberlegung das Hauptmoment für das Zustandekommen der Handlung bildet, und zwar gehören besonders hierher die manischen Erregungen. Selbst in den niedersten Graden derselben, den hypomanischen, ist die Beschleunigung, mit welcher sich psychische Prozesse vollziehen, so gross, dass für eine Ueberlegung ein Platz überhaupt nicht existiert.

Ein solcher Hypomanicus in den denkbar besten Vermögensverhältnissen entwendete bei dem Einkauf in einem Juwelierladen, welchen er mit Familienmitgliedern machte, verschiedene Wertsachen; nach Haus gekommen, schickte er sie zurück, es wäre ihm plötzlich die Idee beim Anblick der Dinge gekommen, er müsste sie haben, und noch ehe er es überlegt, hätte er sie eingesteckt.

Manche Fälle von Diebstählen Hysterischer, Epileptischer lassen sich durch einen Zustand manischer Erregung erklären.

Es führt uns die psychologische Analyse gewisser strafbarer Handlungen mit mangelnder Ueberlegung auf jene Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit, bei welchen eine plötzlich durch äussere oder innere Einflüsse hervorgebrachte Aenderung der Gemütslage, ein krankhafter Affekt eine vorübergehende Verrückung des inneren Gleichgewichts, eine Störung im Ablauf der Vorstellungen, eine manische Erregung nach sich zieht.

Die Handlung, welche sich dann ebenso plötzlich entwickelt, steht oft in vollem Widerspruch zu dem Charakter des Thäters, man konnte sich eine solche „von ihm nicht versehen“, die Schwere des Verbrechens steht in gar keinem Verhältnis zu der Unbedeutendheit des Motivs.

Für diese Art von Thaten bringen besonders „Hereditarier“ ein ziemlich grosses Material. Hervorgebracht werden sie auch durch abnorme Zustände, welche sich nach Traumen, als Residuen einer schweren körperlichen Erkrankung, eines apoplektischen Insults entwickeln, oder unter den Formen eines chronischen Alkoholismus oder Morphinismus auftreten.

Ohne Hallucinationen oder Wahnvorstellungen, ohne wesentliche Schwächung sittlicher Begriffe zeigen diese Personen in der Regel eine gewisse Schwäche des Urteils und der Ueberlegung, welche nicht

als Zeichen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit verwertet werden kann, welche aber doch bei der Abschätzung der Zurechenbarkeit der auf jenem Boden entstehenden Handlungen eine mildere Beurteilung in Bezug auf die Strafbarkeit verlangt.

Zuweilen sind die erwähnten Zeichen auch Stigmata einer sich entwickelnden Geisteskrankheit. Verurteilt, werden dann die betreffenden Personen während der Strafhaft und unter den körperlichen und geistigen Schädigungen, welche dieselbe mit sich führt, öfter thatsächlich ausgesprochen geisteskrank.

Man hat für die hierher gehörigen Zustände die strafrechtliche Feststellung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit verlangt.

Der Entwurf des Strafgesetzbuchs für den Norddeutschen Bund hatte auch in seinem § 47 eine solche aufgenommen: „Befand sich der Thäter zur Zeit der That in einem Zustande, welcher die freie Willensbestimmung zwar nicht völlig ausschloss, aber dieselbe beeinträchtigte, so ist auf eine Strafe zu erkennen, welche nach den über die Strafe des Versuchs aufgestellten Grundsätzen abzumessen ist.“

Ueber die Notwendigkeit, eine solche Strafbestimmung aufzunehmen, hatte sich ein lebhafter Kampf entwickelt: Die Juristen standen zum Teil auf dem Standpunkt des preussischen Obertribunals, welches aussprach, dass Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit sich wechselseitig ausschlössen, dass ein Mischungsverhältnis und ein daraus hervorgehender gradueller Unterschied der Zurechnungsfähigkeit undenkbar sei, zum Teil fürchteten sie, dass gefährliche Verbrecher als vermindert zurechnungsfähig begutachtet werden würden; die Psychiater waren nur zum Teil mit der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit einverstanden, welche im übrigen in Bayern, Württemberg, Sachsen und Thüringen bestand, weil sie sehr zweifelhaft waren, ob nicht thatsächlich Geisteskranke öfter als vermindert zurechnungsfähig beurteilt werden würden.

Der Reichstag hat schliesslich die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht acceptiert und dem Vorschlage seiner Kommission gemäss beschlossen, für die in Betracht kommenden Fälle die mildernden Umstände, von denen ein ausgedehnter Gebrauch in dem Strafgesetzbuch gemacht wurde, in Anwendung zu bringen.

Neuerdings hat sich wieder unter Juristen und Medizinern eine lebhafte Agitation für die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit entwickelt, obwohl mehrfache Aufforderung von zuständiger Seite um Mitteilungen über Fälle, welche beweisen, dass mit den jetzigen Bestimmungen nicht auszukommen sei, einen Erfolg nicht gehabt hat.

Mein Standpunkt zu der Frage über die verminderte Zurechnungsfähigkeit ist der, dass es mir gar nicht von wesentlicher Bedeutung erscheint, ob bei Annahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit der

Thäter einige Monate weniger Gefängnis oder statt Zuchthaus Gefängnis bekommt. Der Schaden, welcher in den hier in Betracht kommenden Fällen durch die Verhängung einer Freiheitsstrafe und Vollstreckung derselben in der jetzt geltenden Weise zugefügt wird, ist oft so gross, so andauernd und so irreparabel, dass er in keinem Verhältnis zu der Sühne der begangenen strafbaren Handlung steht, ja überhaupt durch seine subjektive Härte die Grenzen überschreitet, welche einer humanen Strafrechtspflege gesetzt sind.

Nicht in der Aufstellung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit, sondern in der Art und Weise des Strafvollzugs liegt die wirkliche Lösung der hier in Betracht kommenden Verhältnisse, und bei dem längst erwarteten Reichsgesetz über den Strafvollzug würden die Hebel anzusetzen sein, um jenen berechtigten Forderungen zur Anerkennung zu verhelfen.

Wenn unter Berücksichtigung der obigen Auseinandersetzungen über das Zustandekommen strafbarer Handlungen in Zuständen von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit in der Regel im konkreten Falle der innere Zusammenhang der That und Geisteskrankheit wird nachgewiesen werden können, so darf doch der Mangel dieses Nachweises nicht zu dem Ausspruch berechtigen, dass zwar krankhafte Störung der Geistesthätigkeit bestehe, dass aber die That selbst in keinem Verhältnis zu dieser stehe, d. h. unabhängig von derselben zu Stande gekommen sei. Wie oben erwähnt, hat der Gesetzgeber selbst darauf verzichtet, den Nachweis der Verbindung der Krankheit und strafbaren Handlung zu verlangen.

Es kann das Motiv der Handlung eines Geisteskranken, es kann die Ausführung derselben, das Benehmen des Thäters vor, während und nach der That anscheinend durchaus „vernünftig“ erscheinen, und man wird doch nie sagen dürfen, dass nicht krankhafte Vorstellungen mitgewirkt haben, um das Motiv der Handlung zu entwickeln oder — besonders häufig — die Ausführung derselben haben geschehen lassen, während dieselbe, wenn der Thäter geistesgesund gewesen wäre, durch Gegenvorstellungen verhindert worden wäre.

Ebensowenig aber wie der anscheinende mangelnde Konnex der Handlung, die mangelnde Durchsichtigkeit des psychischen Prozesses in Bezug auf Entstehung und Ausführung derselben bei einem Geisteskranken die That als zurechnungsfähig wird erscheinen lassen dürfen, ebensowenig darf aber in entgegengesetzter Weise aus der Handlung selbst allein etwa die Geistesstörung, die mangelnde Zurechnungsfähigkeit geschlossen werden. Ein Gutachten, welches von der That zum Beweise der Krankheit ausgeht, ist zu verwerfen, und der Sachverständige hat um so mehr Veranlassung, sich einer solchen Art der Beweisführung zu enthalten, als Strafrichter und Staatsanwalt in den zuweilen recht auffallenden und anscheinend widersinnigen Massnahmen

geistig gesunder Verbrecher ein Material haben, das den ärztlichen Sachverständigen nicht zu Gebote steht, und das jene ihnen entgegenhalten und somit seinen Schlussfolgerungen den Boden wegziehen können.

Hat der Sachverständige im konkreten Falle einen Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit festgestellt [1]), so bedarf es einer Beantwortung der Frage, ob durch denselben die freie Willensbestimmung aufgehoben war, nicht.

Der Wille des Gesetzgebers ist in den Motiven zum § 51 (damaligen § 49) des deutschen Strafgesetzbuchs deutlich ausgesprochen, in denen es heisst: „Bei der gewählten Fassung des Paragraphen hat man zugleich mit den Schlussworten desselben ausdrücken wollen, dass die Schlussfolgerung selbst, nach welcher die freie Willensbestimmung in Bezug auf die Handlung ausgeschlossen war, Aufgabe des Richters ist.“

Dazu kommt, dass die freie Willensbestimmung resp. der Ausschluss der freien Willensbestimmung ein ärztlicher Begriff überall nicht ist.

Dieser Auffassung entsprechend hat es auch die wissenschaftliche Deputation des Preussischen Ministeriums der Medizinalangelegenheiten stets abgelehnt, die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zu beantworten, und man wird doch nicht im Ernst behaupten können, dass die Gutachten derselben deswegen weniger brauchbar oder unbrauchbar für den Richter waren. Man muss, selbst wenn man den formalen Standpunkt nach den oben angeführten Motiven ausser acht lässt, dem Richter doch so viel Judicium zutrauen, dass er nach den Ausführungen des Sachverständigen, welche allerdings sich nicht lediglich auf die Feststellung, ob diese oder jene Geisteskrankheit besteht, zu beschränken haben, sondern eine psychologische Analyse des Zustandes geben müssen, den Schluss selbst zu ziehen im stande ist.

---

1) Das Reichsgericht sagt in seinem Urteile vom 23. Oktober 1890 (Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 21, S. 131 ff.): „Entstehen daher nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme begründete Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, so hat der Richter zu prüfen, ob er gleichwohl noch die Ueberzeugung von dem Erwiesensein jenes Schuldmerkmals erlangt hat, oder ob er wegen Nichterwiesenseins freisprechen muss.“

„Die Schuldfrage im Strafrechte setzt sich zusammen aus dem Vorhandensein der gesetzlichen Thatbestandsmerkmale der strafbaren Handlung und aus der Zurechnungsfähigkeit des Handelnden. Die letztere bildet die Voraussetzung jeder Schuld und muss daher, wie jedes andere Thatbestandsmerkmal, dem Angeklagten nachgewiesen werden.“

Ist die Möglichkeit oder gar die Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Willensfreiheit durch eine der im § 51 bezeichneten Zustände ausgeschlossen war, hat der Richter Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit und verurteilt trotzdem, so nimmt er eine Präsumption eines nicht erwiesenen Thatbestandes vor. „Derartige Konsequenzen sind mit dem Grundsatze, dass die Strafe nur den Schuldigen treffen soll, unvereinbar.“

In der Praxis beantworten allerdings die Medizinalkollegien und die meisten Gerichtsärzte den Schlusssatz.

Alle sind einig darin, dass die Fassung eine unglückliche, dass sich mit der freien Willensbestimmung in ärztlichem Sinne nichts anfangen liesse, alle sind einig darin, dass die Fassung geändert werden müsste — aber die Frage wird beantwortet, denn der Staatsanwalt, der Gerichtshof etc. verlangt es, und man glaubt, dass ohne die Beantwortung jener Frage der Richter mit dem Gutachten nichts anfangen könnte. Dass diese letztere Behauptung thatsächlich unrichtig, erweist das Beispiel der wissenschaftlichen Deputation und meine eigene Erfahrung in einer grossen Zahl von forensischen Fällen, wobei ich selbst den Schlusssatz ebenfalls nicht beantwortete.

Der Dissens der Meinungen führt im übrigen in foro zu recht unerquicklichen Scenen.

Bei der Verhandlung gegen den „falschen Einjährig-Freiwilligen" wegen Urkundenfälschung vor dem Schwurgericht in Berlin waren 4 Sachverständige geladen: 2 gaben ihr Gutachten in Bezug auf den Angeschuldigten dahin ab, dass derselbe an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit litte, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen sei, der dritte gab die erstere zu, verneinte aber den Ausschluss der freien Willensbestimmung. Ich selbst sprach mich ebenfalls für die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit aus, lehnte es aber ab, über die freie Willensbestimmung mich zu äussern. Als ich trotz der wiederholten Aufforderung des Staatsanwalts bei meiner Weigerung beharrte, erklärte der Präsident des Gerichtshofes, dass er auf meinem Standpunkt stände, dass die Beantwortung der Frage resp. die Schlussfolgerung nicht dem Arzt, sondern dem Richter zugehörte.

Die Willfährigkeit der Sachverständigen in der Beantwortung der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung hat aber praktisch den Nachteil, dass sie die Beibehaltung der jetzigen Fassung des § 51 bei der Revision des Strafgesetzbuchs, welche vom Bundesrat in Angriff genommen ist, gewissermassen sanktioniert, während alle darin einig sind, dass jene Fassung geändert werden sollte.

Nachdem die Bedenken, welche seiner Zeit die wissenschaftliche Deputation gegen die Aufnahme des Wortes „Geisteskrankheit" hegte, dadurch beseitigt sind, dass das Wort „Bewusstlosigkeit" diejenigen Fälle in sich aufzunehmen im stande ist, welche unter „Geisteskrankheit" nicht gut zu subsumieren waren, erscheint es mir am zweckmässigsten, bei der Revision des Strafgesetzbuchs den Schlusssatz fallen zu lassen und statt „krankhafter Störung der Geistesthätigkeit" zu sagen „Geisteskrankheit".

Damit würde Deutschland nur dem Beispiele von Frankreich (Art. 64 Code pénal, seit bald 100 Jahren), Belgien (Art. 71, seit 1867),

Norwegen (in Vorbereitung), dem Entwurf des schweizerischen Strafgesetzbuchs (Art. 11) und auch der Türkei (Art. 41, seit 1858) folgen.

Es würden demnach aus meinen Ausführungen zwei Vorschläge de lege ferenda sich ergeben:

1) Bei der Revision des Strafgesetzbuchs ist dem bisherigen § 51 folgende Fassung zu geben:

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung bewusstlos oder geisteskrank war."

2) In dem zu erwartenden Reichsgesetz über den Strafvollzug ist für diejenigen Thäter strafbarer Handlungen Vorsorge zu treffen, welchen zwar nicht der Schutz des § 51 des deutschen Strafgesetzbuchs zur Seite steht, welche aber in Bezug auf ihren geistigen Zustand gewisse Abnormitäten bieten („vermindert Zurechnungsfähige"), und deswegen eine besondere Art des Strafvollzugs notwendig machen.

Die Feststellung des letzteren in dem einzelnen Falle würde nach dem Beispiel der in Belgien seit 1892 bestehenden Einrichtungen einer besonderen für die Strafanstalten zu bestellenden Kommission von Psychiatern und Verwaltungsbeamten zu überweisen sein.

Die Geisteskrankheiten in zivilrechtlicher Hinsicht.

Zehnter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin“, gehalten am 14. März 1902

von

Professor Dr. **Moeli,**
Geheimer Medizinalrat.

Meine Herren Kollegen! Wenn ich Sie heute auffordere, mit mir einen Blick auf die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches zu werfen, soweit sie die Geisteskrankheiten betreffen, so muss ich eine allgemeine Bemerkung vorausschicken. Im Gegensatze zu den strafrechtlichen Festsetzungen, welche fast ausschliesslich im § 51 des St.G.B. gegeben sind, ist die uns heute vorliegende Materie etwas verwickelter. Nicht mit einem Paragraphen haben wir uns zu beschäftigen, sondern mit einer langen Reihe von Paragraphen, und ich habe mir deshalb die Erlaubnis genommen, Ihnen hier die hauptsächlichsten Paragraphen des Gesetzes aufzuschreiben. Ich bitte Sie, nicht zu erwarten, dass ich jeden derselben hier ausführlich besprechen würde. Es wird Ihnen aber diese Uebersicht [1]) die Betrachtung dessen, was der Gesetzgeber gewollt und festgesetzt hat, erleichtern. Es ist dabei nicht meine Aufgabe, auf die Entwickelung des Gesetzes einzugehen, wie es geworden ist, welche Zweifel dabei berücksichtigt worden sind, wie schliesslich aus dem Für und Wider das zu stande gekommen ist, was wir jetzt vor uns haben. Wir haben hier nur zu fragen: was bezweckt das Gesetz, und inwiefern vermag der Mediziner auf Grund seiner fachwissenschaftlichen Kenntnisse die Aufgaben zu lösen, mit welchen ihn das Gesetz betraut hat.

Menschen, die miteinander im bürgerlichen Verkehr stehen, bedürfen einer bestimmten Eigenschaft, damit die verschiedenen Handlungen, welche sie vornehmen, vor dem Gesetze Giltigkeit erlangen. Das ist die sogenannte Geschäftsfähigkeit, und auf diese Geschäftsfähigkeit bezieht sich die erste Reihe von Paragraphen, die ich oben angeschrieben habe. Was das ist, müssen wir zunächst einmal wissen, weil vom Gesichtspunkte dieses juristisch-sozialen Begriffes der Geschäftsfähigkeit

---

1) siehe Anhang S. 195.

aus das Gesetz auch alle die natürlichen Abweichungen betrachtet, welche durch Störung der Gehirnthätigkeit im psychischen Wesen der Befallenen, also bei Geisteskranken entstehen.

Wir sehen, Volljährigkeit tritt mit dem 21. Lebensjahre ein. Es heisst dann weiter im § 104: „Geschäftsunfähig ist, wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat.“ Ein Kind unter dem 7. Lebensjahr entbehrt der Geschäftsfähigkeit, und was das bedeutet, ersehen wir gleich aus dem folgenden Paragraphen 105: „Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig“, d. h., sie wird betrachtet, als ob sie gar nicht vorgenommen wäre. Hier ist es also ein natürlicher Zustand des Menschen, nämlich das kindliche Alter, welches die Geschäftsfähigkeit ausschliesst.

Wenn wir uns den folgenden Paragraphen ansehen, § 106, so lesen wir dort: „Ein Minderjähriger, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist nach Massgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt“. Wenn der wachsende Mensch ein Alter jenseits des 7. Lebensjahres erreicht, so tritt er gewissermassen in einen neuen Abschnitt seiner Entwickelung zum völlig Geschäftsfähigen (Volljährigen) ein, er wird von der Geschäftsunfähigkeit befördert zur beschränkten Geschäftsfähigkeit. Da in diesen wenigen Sätzen die Einteilung liegt, in welcher die Rechtspflege ihre Fürsorge den Geisteskranken zuwendet, so müssen wir wenigstens ungefähr wissen, welche Rechte hat denn der Mensch, der beschränkt geschäftsunfähig geworden ist, also zwischen dem 7. und 21. Lebensjahre? Er bedarf der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters zu Willenserklärungen, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt. Ich verzichte darauf, alle Paragraphen vorzulesen; die Herren können sich ja mit Leichtigkeit selbst darüber unterrichten. Aber das Wichtigste ist: wenn er von dem gesetzlichen Vertreter ermächtigt wird, in Dienst zu gehen oder in Arbeit zu treten, so ist der Minderjährige für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig. D. h. also, wenn der Vormund dem Minderjährigen Geld giebt, um zu studieren, um sich eine Wohnung zu nehmen, um Geschäfte zu betreiben u. s. w., so sind die Geschäfte, welche letzterer in dieser Hinsicht abschliesst, gültig. Die Bestimmungen zur Ehe, zur Erklärung der Annahme an Kindesstatt, zur Testamentserrichtung u. s. w. übergehe ich, und verweise auf die mitgeteilten Paragraphen. Also kurz und gut, mit Einwilligung des Vormundes, resp. unter Ersatz der Zustimmung des Vormundes durch das Vormundschaftsgericht kann der Minderjährige eine Anzahl Handlungen vornehmen, welche rechtsgiltig sind.

Auf Grund dieser Trennung, nämlich der rechtlichen Stellung des Kindes bis zum 7., der beschränkten rechtlichen Stellung des Minderjährigen vom 7. bis zum 21. Lebensjahre, baut sich nun das auf, was in der Entmündigung von dem Gesetze vorgesehen ist. Die Ent-

mündigung geschieht nach § 6, 1, der lautet: „Entmündigt werden kann: 1) wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag". — Es ist natürlich, dass das Bestehen einer geistigen Störung auch einwirkt auf die Beschaffenheit des Individuums, die gerade für den Verkehr in rechtlicher Hinsicht in Frage kommt. Diese Einwirkung kann sich im einzelnen Falle ausserordentlich verschieden gestalten. Jede Störung des Bewusstseins, d. h. der klaren Erkenntnis der Beziehungen zwischen dem Ich und der Aussenwelt, des Selbstbewusstseins also, vermag die Einsicht in die Bedeutung der Handlungen, welche in diesem Zustande vorgenommen oder unterlassen werden, aufzuheben. So spricht § 105 Abs. 2 von „Bewusstlosigkeit". Bewusstlosigkeit, meine Herren, ist hier natürlich nicht in dem Sinne gemeint, wie wir sie finden bei tiefer Ohnmacht, auf Grund einer Gehirnerschütterung, in der Chloroformnarkose, bei Vergiftungen, sondern Bewusstlosigkeit ist eine Störung des Zustandes, in dem uns unsere psychische Thätigkeit und ihre Einzelheiten genügend zum Gefühl oder zur Vorstellung kommen. Diejenigen Dinge, bei denen Sie die Empfindung haben oder sich doch jederzeit klar werden: ich bin in der und der Weise, aus diesem Grunde, zu diesem Zwecke, bei dieser Handlung beteiligt, vollziehen sich mit Bewusstsein. Natürlich kann das in verschieden hohem Grade die einzelnen Handlungen begleiten, und wir werden nachher sehen, inwiefern in dieser Hinsicht Abstufungen stattfinden.

Nun kann die Geisteskrankheit natürlich durch eine Schwächung der Vorstellungsthätigkeit im allgemeinen wesentlich auf die rechtliche Stellung des Individuums einwirken. Es bedarf keiner längeren Ausführungen, um zu zeigen, dass wenn sich an eine Wahrnehmung nicht die richtige Reihe von Vorstellungen anschliesst, oder wenn bei einem Gedanken die associative Vorstellungsthätigkeit eine lückenhafte ist, so dass nicht das Pro und Contra erwogen wird, nicht befürwortende und negierende Vorstellungen in genügender Weise auftreten, es zu einem richtigen Urteil und Schluss nicht kommen kann. Zur genügenden Vorstellungsthätigkeit bedarf es natürlich vor allen Dingen auch des Gedächtnisses. Allgemein können wir sagen bei einem Zustande geistiger Schwäche, möge er nun so zu stande gekommen sein, dass die normale Ausbildung infolge mangelnder Entwickelung des Gehirns nicht erlangt worden ist, oder möge das erwachsene, funktionsfähige Gehirn durch eine Schädigung geschwächt sein — in beiden Fällen wird die Geschäftsfähigkeit eine Einbusse durch Ausfall im Denken erleiden. Aber auch durch die Aenderung des Denkinhalts kann die Geschäftsfähigkeit eine erhebliche Beeinträchtigung erfahren, insofern, als die Vorstellungen zwar in genügender Menge auftauchen, aber ihr Inhalt unrichtig ist, die Anschauungen verfälscht durch Wahnbildung, durch Sinnestäuschungen,

durch einseitige Affekte beschränkt. Dabei, besonders auch im letzteren Falle, muss natürlich die normale Urteilsfähigkeit und damit auch die Entschliessung, der Willensakt leiden, unrichtig werden zu Gunsten der einseitig überwiegenden Beeinflussung.

Wenn also die Geschäftsfähigkeit durch Psychosen eine Beschränkung erleidet, so hat der Gesetzgeber als Marke für das Eingreifen der Rechtspflege hingesetzt, dass jemand seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Zunächst wollen wir uns einmal den Fall vorstellen, dass irgendwie die Handlung eines Geisteskranken nachträglich angefochten wird, z. B. ein Mensch hat einen kostbaren Gegenstand, der so und so viel Geld wert ist, zu einem lächerlichen Preise weggegeben, und es wird geltend gemacht, der Mann habe das in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit gethan. Nachdem eine Handlung bereits vollzogen ist, wird also die Frage der Giltigkeit aufgeworfen. Diese Frage regelt der § 105. Es heisst da: „Nichtig ist eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird."

Es wird dabei nicht vorausgesetzt, dass der Betreffende längere Zeit hindurch geisteskrank war, sondern es wird ausdrücklich gesagt, eine vorübergehende Störung der Geistesthätigkeit.

Sie können sich leicht denken, dass man bei Bewusstlosigkeit auch an ein Befinden denken könnte, das nicht gerade krankhaft zu sein brauchte, z. B. Schlaftrunkenheit, doch wird das praktisch keine Rolle spielen. Dagegen gehören hierher Fieber, schwere Malariaanfälle und Aehnliches. Infolge von hysterischen oder epileptischen Zuständen kann für beschränkte Zeit eine solche Bewusstlosigkeit oder Störung der Geistesthätigkeit bei einem Menschen vorkommen, infolge von Migräneanfällen, vor allem bei Vergiftungen (Alkohol!), und was alle diese einzelnen — wie Sie wissen, z. T. rasch vorübergehenden — Störungen sind. Für sie, also ohne im übrigen die Geschäftsfähigkeit des Menschen im ganzen und auf die Dauer in Frage zu stellen, ist gesagt: Wer sich in solchem Zustande befindet, dessen Willenserklärung ist nichtig. Neben diesem § 105 Abs. 2 behandelt die Frage, ob eine Handlung rechtsgiltig ist oder nicht, der § 104 Abs. 2: „Wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, ist geschäftsunfähig, insofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist." Hier handelt es sich also um einen dauernden Zustand, und zwar von krankhafter Störung. Dabei hat sich, wie Sie hören, das Gesetz angeschlossen an die Ausdrucksweise des Strafgesetzbuches. Es spricht davon: Wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter

Störung der Geistesthätigkeit befindet, gebraucht also ausdrücklich die Formel des § 51 des Str.G.B. Es hebt nicht die Giltigkeit einer Willenserklärung, sondern — bei nicht vorübergehender Abweichung — die Geschäftsfähigkeit auf. Auch hier handelt es sich nicht um eine vorbeugende gesetzliche Massregel, wie bei der Entmündigung, die also für die Zukunft, für längere Dauer die Rechtsbeziehungen des Kranken regeln will, sondern auch hier wird der Anlass eine bereits geschehene Handlung sein, deren Giltigkeit in Zweifel gezogen wird, weil nachher Bedenken gegen die geistige Gesundheit des Betreffenden auftreten.

Ich brauche nicht auf die freie Willensbestimmung hier einzugehen, da Sie ja schon in der Besprechung des Str.G.B. darüber einiges gehört haben werden. Im allgemeinen kann man als Aufhebung der „freien" Willensbestimmung ansehen Wegfall oder Verdrängung der normalen Motive und zwar aus krankhaften Vorgängen, gegenüber der ebenfalls vom Gewöhnlichen abweichenden Handlung des Verbrechers. Der Nachweis eines solchen Krankheitszustandes wird, wie Sie wissen, am besten unabhängig von der fraglichen Handlung selbst geführt. Das Gesetz nimmt hier keine Grade der Geschäftsunfähigkeit an. Jede Handlung, die in diesem Zustande vollzogen ist, ist nichtig; von einer beschränkten Geschäftsfähigkeit ist bei dieser Anordnung keine Rede.

Anders verhält es sich bei dem § 6, zu dem wir uns nun zurückwenden, bei der Entmündigung. Hier sagt das Gesetz: es kann entmündigt werden, wer seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, und zwar infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht zu besorgen vermag. Hier ist also eine Trennung aufgetreten. Vor allem müssen Sie hier festhalten, dass diese Geisteskrankheit und Geistesschwäche gar nichts zu thun hat mit dem Begriff, den wir als Mediziner mit diesem Namen verbinden. Wir verstehen unter Geistesschwäche entweder die Imbecillität, die infolge einer schon intrauterin oder wenigstens während der Entwickelung des Gehirns aufgetretenen Störung entstandene Entwickelungshemmung, oder wir verstehen die durch eine meist endgiltige Benachteiligung des Gehirns im Verlauf des Krankheitsprozesses herbeigeführte allgemeine geistige Schwäche. Wir nennen also Geistesschwäche gegenüber der Geisteskrankheit meist unheilbare, dauernde Zustände. Das Gesetz gebraucht diese beiden Ausdrücke in einem davon ganz verschiedenen Sinne. Die Geisteskrankheit und die Geistesschwäche des B.G.B. sind nicht Ausdrücke für natürliche Krankheitsformen, sondern für den verschiedenen Grad, in dem Jemand wegen psychischer Störung seine Handlungen nicht zu besorgen vermag. Wie diese Störung beschaffen ist in ihren Einzelheiten, Verlauf u. s. w., ist gleichgiltig, nur um die Beziehungen zur Geschäftsfähigkeit handelt es sich. Aus

den Motiven und den vielfachen Erläuterungen geht hervor, dass unter „Angelegenheiten" nicht bloss die finanziellen, die Vermögensangelegenheiten verstanden sind, sondern auch persönliche Angelegenheiten eines Menschen, die Fürsorge, die er seiner Familie zuzuwenden hat, die Beziehungen in seinen Erwerbsverhältnissen, die Sorge auch für seine Gesundheit: kann er diese verschiedenen Angelegenheiten wegen geistiger Störung nicht besorgen, so kann er entmündigt werden. Dieser Zustand wird eingeteilt in Geisteskrankheit und Geistesschwäche, aber auf welcher Grundlage? Da das Gesetz ausdrücklich sagt, dass es jede Beziehung zur medizinischen Auffassung vermeidet, so können wir den Unterschied zwischen der gesetzlichen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, für die nirgends im Gesetz eine Definition gegeben wird, uns bloss an den Folgen der Entmündigung in einem oder im anderen Falle klarmachen und müssen uns fragen: wie unterscheidet sich in den Folgen der Entmündigung diese juristische „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche"? Eine geistige Störung, die für den Kranken vielleicht ausserordentlich peinlich ist, ist überhaupt keine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes, wenn sie nicht die Besorgung der Angelegenheiten hindert und somit zur Entmündigung Anlass giebt. Viele melancholische Zustände, viele Zustände von Zwangsvorstellungen, bei denen die Betreffenden ihre Geschäfte mit Erfolg besorgen und keine Einbusse ihrer praktischen Thätigkeit erleiden, werden gar nicht berührt. So ist nur der Grad der Beeinflussung der Geschäftsfähigkeit der Massstab für die Entscheidung, ob jemand wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche im gesetzlichen Sinne zu entmündigen ist. Die Rechtsfolgen der Entmündigung für Geisteskrankheit und für Geistesschwäche aber können wir nach dem vorher Gesagten mit zwei Worten beschreiben. Der wegen Geisteskrankheit Entmündigte ist nach § 104 Abs. 3 geschäftsunfähig, und der wegen Geistesschwäche Entmündigte ist nach § 114 in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der sein siebentes Lebensjahr vollendet hat.

Nun, meine Herren, werden Sie einsehen, weshalb ich zur Besprechung der Entmündigung den Umweg machen musste über die Geschäftsfähigkeit, die Geschäftsunfähigkeit und die verminderte Geschäftsfähigkeit. Die „Geistesschwäche" des § 6, d. h. ein nur vom rechtlichen Gesichtspunkte aus gefasster Begriff ist gewissermassen ein Aequivalent des Lebensalters zwischen sieben und einundzwanzig und gibt Anlass zur Einreihung des Befallenen unter die eine der vom Gesetze nach dem Lebensalter gebildeten Klassen, die mit beschränkter Geschäftsfähigkeit; der „Geisteskrankheit", vom Gesetze in ihrer Rechtswirksamkeit dem Lebensalter unter 7 Jahren gleichgestellt, entspricht die Geschäftsunfähigkeit.

Natürlich kann nicht die Rede davon sein, dass diese vom Gesetz bezüglich der Geschäftsfähigkeit als gleichwertig betrachteten Dinge: die Kindheit und die „Geisteskrankheit", und die Minderjährigkeit und die „Geistesschwäche" etwa in ihrer natürlichen Beschaffenheit identisch wären. Selbst der tief geistesschwach Gewordene, chronisch Geisteskranke, also event. wegen Geisteskrankheit zu Entmündigende, ist natürlich in seinem ganzen psychischen Charakter von einem Kinde unter sieben Jahren, das eine ganze Menge von Empfindungen, von Vorstellungen, von Affekten noch gar nicht hat (sexuell und in vielen anderen Dingen), in seinem Wesen erheblich verschieden. Nur die rechtliche Giltigkeit der geschäftlichen Handlungen eines Kindes oder eines Minderjährigen wird auf ihn angewandt.

Was hat nun der Arzt zu überlegen, wenn er nach dem § 6 Abs. 1 eine gutachtliche Aeusserung abgeben soll? Zunächst ist die Hauptfrage: vermag der Betreffende seine Angelegenheiten zu besorgen? Unzweifelhaft vermag der Arzt diese Frage nach ihrem allgemeinen Sinne zu beantworten. Dass er im Kranken ein lebendes Objekt behandelt, das unzählige Beziehungen zu seiner Umgebung, zur Aussenwelt hat, und dass er daher natürlich den Kranken immer auch gerade in seinen Beziehungen zur Aussenwelt, zu seiner Familie, zu seinem Erwerb zu betrachten hat, dass er seine Fürsorge auch in praktischer Hinsicht immer darauf zu richten hat: was willst du dem Manne überlassen zu thun, was rätst du ihm zu unterlassen, wie soll er sich bethätigen, welche Handlungen soll er vermeiden? das wissen wir alle, und deshalb können wir ohne weiteres sagen: der Arzt ist wohl berufen, die Frage im allgemeinen zu beantworten, ob eine Geistesstörung jemanden in der Besorgung seiner Angelegenheiten beeinträchtigt.

Aber der Wortlaut des Gesetzes führt zu weiteren Erwägungen. Zwar in den Fällen, m. H., wo auch nicht der mindeste Zweifel existiert, dass ein Mensch überhaupt gar keine Angelegenheiten zu besorgen vermag, da tritt das gleich zu erwähnende Bedenken gegen die Beantwortung der Frage praktisch nicht hervor. Aber diese Fälle sind natürlich nicht häufig. Selbst der unheilbar Kranke, der allmählich gleichgiltig und stumpf Gewordene vermag meist gewisse Angelegenheiten noch zu besorgen, mögen sie auch einfacher Art sein, und nun kommt, nachdem man sich die vorläufige Antwort gegeben hat: ja, die Geistesstörung hat Einfluss auf die Besorgung der Angelegenheiten, die Erwägung, wie viele und welche der an Wichtigkeit verschiedenen Angelegenheiten des Kranken werden durch die geistige Störung berührt? Ist der Kreis derjenigen Angelegenheiten, welche durch die Geistesstörung in ihrer Besorgung Einbusse erleiden, so gross und in seiner Bedeutung so erheblich, dass man sagen kann: das sind „seine Angelegenheiten", von denen § 6 No. 3 spricht? Diese

Frage hat der Arzt, streng genommen, gar nicht zu beantworten. Es ist keine medizinische Frage, ob durch den Umfang der Beeinträchtigung in Ueberlegung und Handeln der juristische Begriff „seine Angelegenheiten“ (nicht zu besorgen vermag) im Sinne des § 6 gegeben ist. Da werden Sie in einzelnen Fällen — in einzelnen Fällen, sage ich — in die Lage kommen, sich bedingt auszusprechen oder dem Ermessen des Richters zu überlassen, sind die betroffenen Angelegenheiten das „seine Angelegenheiten“ des § 6, 3. Denn die Fälle sind manchmal in dieser Hinsicht schwierig. Nehmen Sie einmal die Gruppe der sogenannten Querulanten an, Leute die sich in keiner Weise über einen Rechtsstreit beruhigen können und daran anknüpfend weiter und weiter, wie Sie ja wissen, durch einseitige associative Verknüpfung bei abnormen gemütlichen Bewegungen zu wahnhaften Schlüssen kommen. Dabei bleibt es gleichgiltig, m. H., ob das Gericht sich einmal geirrt hat, was auch vorkommen kann. Manchmal ist eine Wahnidee nicht absolut unrichtig, sondern ihr Wesen kann sich in ihrer Entstehungsweise und Begründung sowie in ihrer ausschlaggebenden Stellung zum sonstigen langjährig befestigten Denkinhalt zeigen. Es kann jemand gegenüber seiner Umgebung recht haben, und trotzdem kann man sagen, wenn man seine näheren Begründungen hört: diese Idee ist wahnhaft gefasst, — wieweit sie unrichtig ist, kann ich nicht wissen. Wenn nun ein solcher Mensch, der sich einer guten Ueberlegung für seine geschäftliche Thätigkeit erfreut, der in seinem Geschäft mit einer grossen Masse von Hilfskräften arbeitet, nachweisbar gute Ergebnisse erzielt, gleichzeitig in seinem gerichtlichen Verfahren eine krankhaft veränderte Auffassung zeigt, kann man erachten, er kann „seine Angelegenheiten“ nicht besorgen? Oder nehmen Sie einen Beamten, der vielleicht sich irgendwie zurückgesetzt glaubt, wie es so oft geht. Es wird da angefangen, über ihn in den Bureaus zu sticheln, es kommt zu einem ganzen System, zur Verkennung und Missdeutung der thatsächlichen Vorgänge, aber im übrigen thut er seine Berufspflicht, entwirft ausgezeichnete Pläne für Bauten, oder was er nun sonst zu thun hat. Oder die Frau wird in einer Weise beschuldigt, die einen krankhaften Zug an der — vielleicht nicht ganz unrichtigen — Vorstellung erweist. Ist ein solcher Mensch so anzusehen, dass er seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermag? Sie thun in derartig schwierigen Ausnahmefällen am besten, mit Vorsicht zu verfahren, indem Sie erklären: so weit wirkt die Geistesstörung auf die Besorgung der und der Angelegenheiten ein; ob durch die betroffenen Angelegenheiten der rechtliche Begriff „seine Angelegenheiten“ gegeben ist, das bitte ich zu entscheiden. Sie sehen also, durch die Kürze, die das Gesetz beliebt hat, wird der Arzt gezwungen, für seine Meinung, die aus psychiatrischer Betrachtung entsteht, dieselbe Formel zu gebrauchen, die

schliesslich auch der Richter in seinem Spruch als Ausdruck eines juristisch-ökonomischen Begriffs anwendet. Der Richter erkennt: er kann seine Angelegenheiten (im Sinne des Gesetzes) nicht mehr besorgen. Der Arzt kann diesen (rechtlichen) Begriff „seiner Angelegenheiten“ nicht verwenden. — Es versteht sich ohne weiteres, dass der Richter auch allein zu beurteilen hat, ob ein Bedürfnis für eine Entmündigung im gegebenen Falle vorliegt. Denn es braucht ja nicht jeder entmündigt zu werden, der geisteskrank ist, dann nicht, wenn dadurch, dass er geisteskrank ist, seine Angelegenheiten nicht geschädigt werden, weil er keine Angelegenheiten hat. Eine Verfügung des sächsischen Justizministers sagt ungefähr: es kann die Notwendigkeit einer Fürsorge ausgeschlossen oder verneint werden, wenn die Angelegenheiten einfach sind, und wenn von der Familie, von Verwandten oder Freunden vorausgesetzt werden kann, dass sie für den Kranken eintreten. —

Bei dem nur in den rechtlichen Folgen einer Entmündigung gegebenen Unterschiede zwischen „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ ergibt sich ohne weiteres, dass eine Teilung der Kranken nach klinischen Gruppen gar nicht in Frage kommt. Der eine Paralytiker kann unter den Begriff der Geistesschwäche fallen, der andere unter den Begriff der Geisteskrankheit. Ja, wenn Sie wollen, können Sie bei Auf- und Abgehen der Schwere der Erkrankuug sagen: der Mann ist heute im Sinne des Gesetzes „geistesschwach“, aber voraussichtlich wird er „geisteskrank“ werden, und wenn er sich bessert, wird er wieder „geistesschwach“. Nur der Grad der Störung der Geschäftsfähigkeit ist für die Unterscheidung im § 6,1 massgebend. Daraus folgt: wenn Sie der Meinung sind, dass jemand noch die in den §§ 107 bis 113 zugelassenen geschäftlichen Thätigkeiten unter der Leitung des Vormundes oder Vormundschaftsgerichtes ausüben kann, dann würden Sie ihn als geistesschwach im Sinne des Gesetzes erachten (wenn Sie von den gleich zu erwähnenden Bedenken absehen). Sie dürfen aber nicht etwa sagen: „Er leidet an Geistesschwäche“; denn es würden hier ganz verschiedenartige Begriffe verbunden werden. Leiden an (im Sinne von Kranksein) kann jemand nur an einem natürlichen Zustand, und die Geistesschwäche ist ein nur rechtlich verständlicher Begriff. Wenn Sie bloss sagen: „Ich erachte ihn für geistesschwach im Sinne des § 6, 1, „so brauchen Sie eigentlich nicht hinzuzufügen, dass er seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; denn Geistesschwache oder Geisteskranke im Sinne des B.G.B., die ihre Angelegenheiten zu besorgen vermögen, gibt es nicht. Der gesetzliche Begriff der Geistesschwäche oder Geisteskrankheit besteht eben darin, dass jemand zur Besorgung seiner Angelegenheiten unvermögend ist.

Aber selbst wenn man genau weiss, was der beschränkt Geschäfts-

fähige, also der als „geistesschwach“ Entmündigte geschäftlich ausführen kann, ist die Unterbringung in eine der beiden Gruppen in einzelnen Fällen recht schwer. (Ich will davon absehen, dass vielleicht hier der Richter von vornherein entscheiden könnte.) Es ist recht gut gemeint, dass der Vormund noch zulassen soll, was ohne Schaden geschehen kann, aber bei manchen Kranken würde ein so vollständiges Verständnis der psychischen Beschaffenheit des Kranken, dass es den Vormund in seiner Fürsorge immer das Richtige treffen liesse, doch eine ganz erhebliche Einsicht erfordern. Ein solches Urteil kann bei einer grossen Anzahl von Vormündern nicht vorausgesetzt werden, wenigstens wenn man danach geht, wie oft wir selbst in der Beurteilung solcher Kranken uns irren. Es ist deshalb mit der Annahme von „Geistesschwäche“, so gerecht und daher notwendig es natürlich ist, dass niemand mehr beschränkt wird in seiner Geschäftsfähigkeit, als unumgänglich ist, Vorsicht nötig, wenn nicht Schaden entstehen soll. Die Uebertragung der Verantwortung auf den Vormund erledigt die Sache doch nicht immer. Das Wesen der degenerativen Zustände mit zeitweisem Handeln ohne sichere Ueberlegung auf Grund von Gefühlen, Stimmungen und Verstimmungen, überquellenden Neigungen, die Regellosigkeit, der Mangel an Charakter und Zuverlässigkeit, den hereditär oder sonst belastete, traumatisch geschädigte, mit einzelnen hysterischen oder epileptoiden Zuständen behaftete Personen bei ganz befriedigender Fassungs- und Gedächtnisfähigkeit zeigen, erschwert ungemein die Voraussage: wie wird sich die geschäftliche Thätigkeit in der Zukunft gestalten. Denken Sie nur daran, wie häufig solche Kranke (zum Teil „déséquilibrés“ benannt, „déséquilibrables“ könnte man sagen) zur Zeit zwar eine ziemliche Gleichmässigkeit bieten, aber teils unter dem Einflusse von nicht vorauszusehenden Umständen sich verändern, teils ohne sichtbaren äusseren Anstoss episodische „periodische“ Verschlechterungen erfahren. Das muss man im Auge behalten, wenn nicht durch die Entmündigung wegen „Geistesschwäche“ eine zu grosse Aufgabe dem Vormunde aufgebürdet und damit der Zweck des Gesetzes vereitelt werden soll.

Bedenken anderer Art sind von geringerer Bedeutung: dass dem wegen „Geistesschwäche“ Entmündigten unter Umständen der Eid zugeschoben werden kann (C.Pr.O. § 473) oder, was in praktischer Hinsicht manchmal recht fühlbar wird: der wegen „Geistesschwäche“ Entmündigte bekommt das Urteil mit sämtlichen Gründen, womöglich mit den Aussagen seiner Angehörigen gegen ihn zugestellt, und natürlich führt das nicht immer zu den angenehmsten Beziehungen.

Rascher, m. H., kann ich weggehen über die Frage: wozu dient die Entmündigung? Die Entmündigung dient nur der persönlichen Fürsorge, sie dient nicht zu sicherheitspolizeilichen oder anderen

Zwecken. Bekannt ist, dass eine Reichsgerichtsentscheidung schon vor Erlass des Gesetzes sagt: selbst Gemeingefährlichkeit — mit diesem kurzen Ausdruck wird oft ein Zustand bezeichnet, den wir besser „gefährlich für sich oder seine Umgebung oder störend für die öffentliche Ordnung“ nennen — kann für sich allein die Entmündigung nicht rechtfertigen. In gleichem Sinne ist bei der Instruktion, die der Herr Justizminister zu dem Gesetze gegeben hat, darauf hingewiesen, dass zur Sicherung dritter Personen u. s. w. die Entmündigung nicht geschaffen sei. In solchen Fällen kommt nur polizeiliche Fürsorge in Betracht. Natürlich schliesst das nicht aus, dass Sie im einzelnen Falle erwägen können: Den X., der auf Grund seiner Geistesstörung, gemäss den Abweichungen seiner Ueberlegung und Empfindung vielfach Rechtsbrüche begangen hat, erachte ich als wegen „Geisteskrankheit“ (§ 6,3) nicht vermögend seine Angelegenheiten zu besorgen. Zur Besorgung der Angelegenheiten gehört wohl auch die Vermeidung solcher Verfehlungen gegen das Gesetz — nur soll solche Störung der Ordnung nicht zum alleinigen Ausgangspunkte für das Entmündigungsverfahren genommen werden. Ebensowenig besteht ein direkter Zusammenhang der Entmündigung mit der Anstaltsbehandlung.

M. H., der § 6 enthält noch eine andere Nummer, die uns wenigstens kurz beschäftigen soll, die Nummer 3: Wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet (kann entmündigt werden).

Hier ist etwas Neues in das Gesetz hineingekommen, die Trunksucht, und da fällt es uns zuerst auf, dass als Unterlage für Entmündigung ausser dem Nichtvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten angegeben wird, dass er sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Wegen „Gemeingefährlichkeit“, wegen störenden Benehmens allein soll die Entmündigung bei Geisteskranken nicht eintreten, und hier wird ausdrücklich gesagt: wenn der Trunksüchtige die Sicherheit anderer gefährdet, soll er entmündigt werden! Das Gesetz hat hier zum ersten mal überhaupt eine Hilfe bieten wollen gegen die grossen, uns allen ja genügend bekannten Schäden, welche die Trunksucht im Gefolge hat. Es hat deshalb verschiedene Gründe, die für die Entmündigung wichtig sein können, hervorgehoben und hat gedacht: wenn ich den Trunksüchtigen entmündige, so wird er verhindert sein Geld für Spirituosen auszugeben — in der Verwaltung seines Vermögens beschränkt werden können — ja, man wird ihn unter Umständen in eine Anstalt bringen, um ihn dort heilen oder bessern zu lassen. Ob das nun gerade in der Regel auch zutrifft, das ist hier nicht zu entscheiden. Es ist natürlich der Gedanke naheliegend: wenn man den Trunksüchtigen, der sich oder seine Familie der Gefahr

des Notstands aussetzt oder die Sicherheit gefährdet, entmündigen wollte, um ihn in eine Anstalt zu bringen und durch die Behandlung dort den Grund zur Entmündigung aufzuheben, so wäre es eigentlich richtiger, ihn zuerst — auch gegen seinen Willen — zu behandeln und zu sehen, ob er nicht durch die Behandlung den Anlass, entmündigt zu werden, verliert. Dann würden wir das aber nicht durch das Bürgerliche Gesetzbuch zu bewirken haben, sondern dann müssten wir ein besonderes Gesetz haben, ein Trunksuchtsgesetz, wie einzelne amerikanische Staaten, auch St. Gallen und Basel es besitzen. Hoffen wir, dass wir bald dazu kommen, gesetzlich gegen die Trunksucht im allgemeinen einzuschreiten.

Zwei Dinge, welche Sie interessieren werden: einmal, dass die Staatsanwälte nicht, wie bei der Entmündigung wegen Geistesstörung, die Antragsberechtigung bekommen haben, allerdings aber die Armenverwaltungen, die für den Trunksüchtigen später zu sorgen haben. Wichtiger ist aber, dass diese „Trunksucht" überhaupt von der „Geisteskrankheit" in einer Art und Weise getrennt ist, für die ein innerer Grund in vielen Fällen offenbar nicht vorliegt. Denn wenn gesagt wird (Plank u. A.), mit Trunksucht ist durch den Ausdruck „Sucht" ein krankhafter Zustand bezeichnet, welcher den Betreffenden unwiderstehlich beherrscht, ihn periodisch oder dauernd zu übermässigem Genuss geistiger Getränke bringt, so ist dieser krankhafte Zustand doch natürlich ein Zustand von Krankheit des Nervensystems. Es ist doch kein Durst, wie nach einer ausserordentlichen Anstrengung, einem zu Wasserverlust des Körpers führenden Marsch. Es handelt sich hier auch nicht um übermässiges „Trinken", sondern es handelt sich um „Sucht" aus den das Nervensystem treffenden Wirkungen des Alkohols. Diese Thatsache wird aber in ein noch helleres Licht gestellt, m. H., wenn Sie sich einmal diejenigen Trunksüchtigen, die zur Entmündigung kommen, in der Praxis genauer ansehen wollen. Wer so weit ist, dass er das thut, was als Anlass zur Entmündigung angeführt wird, der wird in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht mehr frei sein von psychischen Abweichungen. Ja, in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen ist die Person überhaupt zur Trunksucht nicht in erster Linie durch leichtsinnige Gewöhnung an Uebergenuss gekommen, sondern nachweisbar ist die Sucht durch eine besondere Beschaffenheit entstanden. Es können Abweichungen Schuld sein, die der Trunksüchtige, konstitutionell oder ererbt, in sich trägt und die sich in der Form von Trunksucht gewissermassen äussern, oder die er erworben hat durch schwere Krankheiten, häufig durch eine Kopfverletzung. Die krankhafte Beschaffenheit „Trunksüchtiger" wird sich oft auch darin zeigen, dass der Mann gar nicht so viel trinkt, wie die meisten anderen, aber, was er trinkt, wirkt auf ihn anders, verhältnismässig stärker und eigenartig. Oft

also handelt es sich um einen Kranken, bei dem die Menge des Genossenen in einem auffallenden Missverhältnis steht zu den schweren Folgen, oder wo — in anderen Fällen — der Zwang, die Sucht, wieder zu trinken, die Folge periodischer Anfälle (auch Epilepsie) ist. So kann das Trinken bei sonst Mässigen genau dieselbe Bedeutung für uns Aerzte haben wie Angst oder Verwirrtheitszustände und ähnliches. Sie wissen, dass namentlich die periodische „Trunksucht" auf derartiger Grundlage so verlaufen kann, dass, wenn wir den Kranken vom Spirituosengenuss abschliessen, wir damit zwar das Trinken, den äusseren Vorgang, verhindern, aber nicht den krankhaften Zustand beseitigen; der kann sich in gewaltigen Affekten, in heftigen Angstzufällen mit Sinnestäuschungen, unter Umständen in Selbstmordversuchen u. s. w. kundthun. Mit mechanischer Verhinderung des Trinkens haben wir die „Sucht" nicht beseitigt, etwas Krankhaftes, das besonderer Behandlung bedarf. Also von dieser Erkenntnis aus müssen wir sagen: die Trunksucht ist bei manchen, nicht sowohl „Trinkern", wie ich ausdrücklich betone, sondern wirklich „Trunksüchtigen", entweder bereits verbunden mit psychischen Abweichungen oder ihrem Ursprunge nach ein Zeichen einer psychischen Abnormität, und von diesem Standpunkte aus wäre es nicht nötig gewesen, solche Fälle von der Geistesstörung zu trennen. Aber meine Herren, darauf kommt es weniger an, es könnte uns ja sehr recht sein, wenn, weil die Trunksucht besonders hervorgehoben ist, nunmehr recht viele Trunksüchtige entmündigt oder besser zunächst einmal in zweckmässige Anstalten kommen würden. Nur würde es wohl nötig sein, in allen solchen in ihren Entstehungsbedingungen zweifelhaften Fällen einen Arzt heranzuziehen. Schon weil die Entmündigung wegen Trunksucht ausgesetzt werden kann (C.P.O. § 681), wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich (sic!) bessern werde, vielleicht in Anstaltsbehandlung, hat der Arzt mitzureden. Keineswegs sind alle Fälle in ihrer Genese so deutlich, dass man ohne weiteres sagen kann, weil der Mensch oft betrunken ist, ist er ein lasterhafter, sonst gesunder Mensch. Die ärztliche Begutachtung ist aber hier trotzdem nicht, wie bei der Entmündigung wegen Geistesstörung (und bei Verbringung eines zu Entmündigenden auf 6 Wochen in eine Heilanstalt zur Beobachtung [C.P.O. § 656]) vorgeschrieben.

Nun, m. H., hat das Gesetz noch eine dritte Form der Fürsorge geschaffen, das ist die im § 1910 vorgesehene Massregel, die P f l e g s c h a f t. Ich kann auf die Entstehungsgeschichte nicht eingehen. Ich begnüge mich deshalb damit, anzuführen: vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten — ebenso ein Volljähriger (wie oben), der in Folge

geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen vermag.

(„Geistige Gebrechen“ — hier kommt eine neue Bezeichnung —). „Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.“

Das Entmündigungsverfahren ist natürlich ein sehr umständliches Verfahren. Das Gesetz hat alles mögliche gethan, um in einzelnen Bestimmungen der Zivilprozessordnung dem zu Entmündigenden sein volles Recht zukommen zu lassen, Vorsichtsmassregeln getroffen, dass er Beweismittel bezeichnen kann, dass er unter Umständen für 6 Wochen in eine Heilanstalt zur Beobachtung seines Zustandes aufgenommen werden kann, u. s. w. Aber natürlich ist ein derart eingehendes Verfahren, in gleichem Masse wie es richtig und sicher in juristischem Sinne ist, umständlich und langwierig, und wir brauchen praktisch unbedingt noch ein kürzeres Verfahren zur Fürsorge für den Kranken. Nun kann zwar, wenn das Entmündigungsverfahren bereits eingeleitet ist nach § 1906, ein vorläufiger Vormund bestellt werden; aber da hierfür die Einleitung des Entmündigungsverfahrens die Bedingung ist, müssen wir also erst einen Antragsteller haben, wenn der Staatsanwalt nicht eintritt. Deshalb ist es erwünscht, den Paragraphen der Pflegschaft (1910) möglichst gewinnbringend zur Fürsorge für die Geisteskranken heranzuziehen, und das geht auch unter der Voraussetzung, dass unter den „geistigen Gebrechen“ nicht eine nur angedeutete Geisteskrankheit zu verstehen ist, sondern dass alle Geisteskranken, wenn sie auch bei dem etwaigen Entmündigungsverfahren zur Unterbringung unter „Geistesschwäche“ oder „Geisteskrankheit“ gelangen würden, hier zunächst einmal, in vielen Fällen nur für einige Zeit und zu bestimmtem Zwecke, versorgt werden können. Und so ist es ausserordentlich erfreulich, dass namentlich auch die Vertretung der Kranken, die in Anstaltsbehandlung sich befinden, in rascher und zweckmässiger Weise, wie wir es wünschen müssen, sich zur Erleichterung der Behandlung erreichen lässt, namentlich aber auch in einzelnen Fällen besonders bei Alleinstehenden zur Vorbereitung des Fortkommens ausserhalb der Anstalt.

Wenn wir also diesem Paragraphen die möglichst häufige Anwendung wünschen, so fragt es sich: bedeutet der zweite Satz: die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist, nicht ein Hemmnis für die Benutzung? Davon hängt es hauptsächlich ab, ob der Paragraph nützlich ist, ob er die Wünsche erfüllt, welche wir als Aerzte für gesetzliche Vertretung der Kranken haben. Was heisst „Verständigung“? Wenn man annimmt, Verständigung

bedeutet nur, dass der Mann den Sinn der Worte, die ich zu ihm spreche, versteht, und dass, wenn er mir darauf etwas antwortet, ich den Sinn seiner Worte wieder verstehe, dann ist eine derartige „Verständigung“ mit allen Geisteskranken möglich, die nicht vollständig begriffsunfähig oder bewusstlos oder benommen infolge von Dämmerzuständen und Verwirrtheit sind, sondern sich halbwegs richtig zu bewegen vermögen. Zur Verständigung im weiteren und wesentlichen Sinne gehört aber ein ungetrübtes, richtiges Urteil. Das, was der Kranke mir zur Antwort gibt, darf nicht nur auf das richtige Hören meiner Worte hin, sondern muss durch volles Verständnis und eingehende Ueberlegung des Gegenstandes, durch genügendes Urteil zu stande gekommen sein, er muss verschiedene Möglichkeiten, Vorteile und Nachteile erwogen haben, welche zu dem Inhalt meiner Frage in Beziehung stehen; sonst ist die Antwort eine mechanische und bietet keinen Beweis dafür, dass hier ein „Verständnis“ vorhanden gewesen ist. Liegt keine Sicherheit vor, dass er ohne krankhafte psychische Bewegungen oder Ausfälle den Gegenstand erfasst und überlegt, dann ist eine Verständigung mit ihm nicht möglich. Wenn jemand also so geistesgestört ist, dass er seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, so kann er meist auch einen auf diese Angelegenheiten bezüglichen, einfach zu ihnen gehörenden und dabei wichtigen Vorschlag nicht richtig besorgen. Eine andere Frage wäre, ob er überhaupt rechtsgiltig seine Zustimmung erklären könnte. Aber das geht uns ja weniger an, jedenfalls bestreben wir uns, auf diesem Wege, (wie schon die frühere Vormundschaftsordnung im § 90 es gestattete), einem Kranken, der keinen gesetzlichen Vertreter hat, in möglichst kurzer Frist einen solchen zu verschaffen. Es wäre einer der grössten Fortschritte, den wir in dieser Hinsicht machen können, wenn namentlich für alle Kranken, welche in Anstalten sich für längere Zeit befinden und denen nicht in dem Ehegatten oder dem Vater u. s. w. schon ein natürlicher gesetzlicher Vertreter zur Seite steht — unter Umständen auch, wo ein solcher vorhanden ist — auf das begründete Ansuchen des Arztes zu bestimmten Zwecken ein solcher gesetzt würde. Denn wir bedürfen bisweilen einer solchen Vertretung zur Behandlung des Kranken, der ruhiger, gleichmässiger sich verhalten kann, wenn er weiss, dass seine Sachen besorgt werden. Wir müssen in manchen Fällen auch für den Kranken eine Fürsorge, vorbereitend für seine Entlassung, ausserhalb der Anstalt anbahnen, die wir von der Anstalt aus allein nicht erreichen können. Wenn wir ihn ohne Anhalt hinausschicken, gleich ins volle Leben hinein, oft ohne genügende — nicht nur materielle — Hilfe, wird zu viel von ihm verlangt, es stürmt zu viel auf ihn ein, er kommt wieder. — Sie wissen, dass jeder Kranke aus einer Anstalt, wenn nicht die Polizei wegen nachweislicher Gefährdung der öffentlichen Ordnung

Einspruch erhebt, entlassen werden muss, sobald der gesetzliche Vertreter es verlangt. Von diesem Gesichtspunkte aus müsste man theoretisch verlangen, dass jeder Kranke in der Anstalt nach einiger Zeit einen gesetzlichen Vertreter, soweit nicht vorhanden, erhalten muss. Das würde sehr oft eine überflüssige, manchmal aber — bei der oben erwähnten Sachlage — eine wohlthätige Einrichtung sein. In solchen Fällen müssen wir sie ebenso anstreben, wie andere für den Kranken förderliche Massregeln. Wie weit das zu erzielen ist, namentlich auch ob stets der Pfleger sich genügend des Kranken annimmt, das muss die Zukunft lehren.

So weit Entmündigung und Pflegschaft. Ich will nur noch zwei Worte über eine kurz zu erledigende Angelegenheit hinzufügen. Es handelt sich darum: inwiefern kann jemand, welcher zur Aufsicht über einen Kranken verpflichtet ist, wenn der Kranke Schaden anrichtet, zum Ersatz herangezogen werden? Der § 832 lautet: „Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde."

Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt. (Hierzu auch § 831, Haftung für Angestellte und Gehilfen.)

Es ist also ganz klar, dass unter Umständen die Familien der Kranken, welche wissen, dass die Kranken diese Gefährdung oder Beschädigung ihrer Umgebung vollführen können, daraufhin ersatzpflichtig gemacht werden könnten, vielleicht auch das Pflegepersonal von Anstalten. Aber man wird natürlich immer daran festhalten müssen, dass ohne möglichste Freiheit der Bewegung die Kranken überhaupt nicht behandelt, gebessert, geheilt, sondern nur weggesteckt und oft nur geschädigt werden können. Das versteht sich ganz von selbst und wird daher in jedem einzelnen Falle zu erwägen sein.

Wichtiger als diese Frage ist die letzte, die ich hier noch kurz zu berühren habe: die Frage der Ehescheidung oder der Nichtigkeit der Ehe. § 1325 sagt: „Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschliessung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehenden Störung der Geistesfähigkeit befand." Das stimmt also überein mit dem vorhin von uns erwähnten § 105, wo es heisst: „Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig, die im Zustande der Bewusstlosigkeit u. s. w.", und erklärt allgemein alle diese Zustände als Nichtigkeitsgründe der Ehe, d. h. die Ehe wird als nicht vorhanden betrachtet.

Der § 1333 spricht davon, dass eine Ehe von dem Ehegatten angefochten werden kann, der sich bei der Eheschliessung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

Natürlich kann eine abnorme geistige Beschaffenheit hierunter fallen. Es wird sich fragen: war diese persönliche Eigenschaft des Ehegatten schon bei der Eheschliessung vorhanden, welchen Umfang hatte sie u. s. w.? Es kann also für die Entscheidung die Kenntnis und der Nachweis bestimmter Krankheitsformen eine Rolle spielen.

Der wichtigste Paragraph, welcher von der Scheidung der Ehe handelt, ist der § 1569, und den gestatte ich mir zum Schluss noch zu verlesen. Er sagt: „Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.“

Da haben wir also zwei Dinge im Auge zu behalten. Handelt es sich um eine „Geisteskrankheit“ im Sinne des § 6 No. 3, oder handelt es sich um die Geisteskrankheit im medizinischen Sinne? Darüber ist nichts gesagt. — Es heisst aber weiter: wenn die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert hat, und einen solchen Grad erreicht hat, dass die „geistige Gemeinschaft“ zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

M. H., auch dieser Paragraph stellt den psychiatrischen Sachverständigen vor eine schwierige Aufgabe, und zwar schon deshalb, weil der Begriff der geistigen Gemeinschaft, ohne nähere Beziehung zur Ehe, nicht so leicht sich ergibt. Eine „geistige Gemeinschaft“ — wenn das die mit der bisher gepflogenen Ehe verbundene Summe aller gemeinschaftlichen, die Ehe betreffenden Vorstellungen, Gefühle, Bestrebungen, Handlungen u. s. w. bedeuten soll — wird ja zweifellos durch Krankheiten verschiedener Art aufgehoben oder geschmälert. Das geschieht öfter auch ohne Geisteskrankheit bei einer ganzen Masse von Ehen. Der Gesetzgeber muss also gemeint haben, dass die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft so weit geht, dass der ganze Begriff, das Wesen der Ehe, dadurch erschüttert wird, und dass das kleinere Uebel zwischen dem Bestehenlassen der Ehe unter diesen Verhältnissen und der Trennung der Ehe die letztere ist. So kann die „geistige Gemeinschaft“ z. B. nicht mehr bloss deshalb anerkannt werden, weil eine Frau, die in Anstaltsbehandlung sich befindet, trotz vorgeschrittenen Schwachsinns noch Teilnahme am Besuche ihres Mannes

zeigt. Sie kennt den Mann, freut sich auch über sein Kommen, aber sie freut sich vielleicht hauptsächlich, weil er ihr Neuigkeiten oder etwas zu essen mitbringt; sie würde vielleicht die Person ganz ebenso begrüssen, wenn es irgend jemand anders wäre. Die eigentümlichen Beziehungen zu dem Ehegatten, das Spezifisch-Eheliche, wenn ich mich so ausdrücken darf, in diesen Empfindungen und Gefühlen dem Ehegatten und der Ehe gegenüber können ihr verloren gegangen sein. Ist auch vielleicht die geistige Gemeinschaft, weil für gewisse Verhältnisse noch Anteil besteht, nicht in jeder Richtung aufgehoben, so ist jedenfalls das aufgehoben, was überhaupt das Wesen der Geistesgemeinschaft gerade in der Ehe ist. In anderen Fällen ist die Entscheidung recht schwierig, z. B. wenn es sich um Kinder handelt. Die Frau ist geisteskrank, kann nicht zu Hause bleiben. Sie nimmt aber lebhaftes Interesse an den Kindern, das Kind ist gewissermassen ein gemeinsames Objekt und der Gegenstand, in dem die geistige Gemeinschaft zum mindesten noch sozusagen ein Ziel findet. Die Frau interessiert sich für die Kleidung des Kindes, sie interessiert sich für das, was das Kind lernt, sie sendet ihm ausgewählte Bücher, nützliche Sachen u. s. w. Sie kann aber im Hause des Mannes absolut nicht bleiben — ist da die geistige Gemeinschaft aufgehoben oder nicht? Sie sehen, das lässt sich nur von Fall zu Fall betrachten. Ich nehme an, die „geistige Gemeinschaft“ muss gerade in Bezug auf die Ehe und deren Sinn noch bestehen, in der Art, dass eine beiderseitige Bethätigung in dieser Richtung noch erkennbar ist — deshalb können Fälle, wo der kranke Ehegatte noch nützlich für die Kinder mitsorgt, zweifelhaft bleiben — ist das „geistige Gemeinschaft“?

Dann soll — und das ist ebenfalls eine wichtige Sache gegenüber dem Landrecht, das ja bei Wahnsinn schon nach einjähriger Dauer die Ehescheidung gestattete — sie erst nach 3 Jahren möglich werden und auch dann nur, wenn jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Es ist natürlich unter Umständen eines der schwierigsten Dinge, die Prognose genau zu stellen. In Frankreich hat man die Frage, wann ist eine Geisteskrankheit nach ihrer Dauer als unheilbar anzusehen, vor einiger Zeit hin und her behandelt und ist doch nicht recht fertig geworden. „Spätheilungen“, wie man es nennt, könnten ganz vereinzelt auch nach 4, 5 Jahren beobachtet werden, ohne dass man sie voraussehen konnte, und natürlich kann es dem Staate nicht recht sein, wenn der Grund für die Ehescheidung später wegfällt, und eine tiefe Verletzung des Rechtes und der Empfindungen einer Person eintritt. Deshalb sind die 3 Jahre angesetzt, und Vorsichtsmassregeln besonders ausgesprochen. Namentlich auch bei jugendlichen Frauen, bei denen ja, wie Sie wissen, öfter unter Verwirrtheit, Sinnestäuschungen u. s. w. Verblödungsprozesse eintreten, und es manchmal schwer zu sagen ist: ist das schon ein end-

gültiger Zustand, ist hier schon eine in der Zerstörung der Elemente des Gehirns begründete Veränderung des Organismus eingetreten, oder gleicht sich die Störung wenigstens zum grossen Teile wieder aus, ist äusserste Vorsicht erforderlich. Dass solche Personen auch bei Besserung oft der Gefahr einer neuen Verschlechterung ausgesetzt sind, bedeutet für das Gesetz nichts. Es sagt — und mit Recht — kurzweg: es soll jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft ausgeschlossen sein. Also in dieser Hinsicht kann nur eine ganz eingehende Kenntnis und unter Umständen geradezu nur die längere Beobachtung im einzelnen Falle genügenden Anhalt geben.

Das, m. H., sind die hauptsächlichsten Bestimmungen des B.G.B. in Bezug auf Geisteskrankheit, die ich, allerdings gewissermassen im Fluge, mit Ihnen habe betrachten können. Sie stellen vermehrte Anforderungen an den Sachverständigen, vermehrte Anforderungen schon in der Kenntnis des Gesetzes gegenüber dem einfacheren Satze des Strafgesetzbuches. Der psychiatrische Gutachter ist nicht selten dazu gezwungen, einzelne Fälle noch durch eingehende Feststellung unsicherer Verhältnisse durch Antrag auf eidliche Vernehmung bestimmter Personen nach von ihm genau zu stellenden Fragen aufzuklären. Am zweckmässigsten geschieht das in seiner Gegenwart. Es ist daher oft die erste Aufgabe, das Beobachtungsmaterial mit Hilfe des Gerichts gerade in vom medizinischen Standpunkte aus wichtigen, aber nicht beachteten Richtungen noch zu ergänzen, ehe Sie sich verstehen können, ein Urteil abzugeben.

Nun, viele Fälle — namentlich von Entmündigung — sind nicht so bedenklich, und wenn ich Ihnen an manchen Stellen viel von den Schwierigkeiten der Beurteilung gesagt habe, so geschah es, weil ich glaube, der erste Schritt, um diese Schwierigkeiten zu überwinden, ist der, dass man sie recht genau kennt.

Einschlägige gesetzliche Bestimmungen, auf welche in diesem Vortrag Bezug genommen ist.

B.G.B. § 2. Die Volljährigkeit tritt mit der Vollendung des 21. Lebensjahres ein.

Geschäftsunfähigkeit:

§ 104. Geschäftsunfähig ist: 1) wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

Beschränkte Geschäftsfähigkeit wegen Minderjährigkeit:

§ 106. Ein Minderjähriger, der das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist nach Massgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

§ 107. (Einwilligung des gesetzlichen Vertreters.) Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich

einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters.

§ 110. Ein von dem Minderjährigen ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters geschlossener Vertrag gilt als von Anfang an wirksam, wenn der Minderjährige die vertragsmässige Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zwecke oder zu freier Verfügung von dem Vertreter oder mit dessen Zustimmung von einem Dritten überlassen worden sind.

Erweiterung der Geschäftsfähigkeit [a) für den Betrieb eines Erwerbsgeschäfts]:

§ 112. Ermächtigt der gesetzliche Vertreter mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts den Minderjährigen zum selbstständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäfts, so ist der Minderjährige für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig, welche der Geschäftsbetrieb mit sich bringt. Ausgenommen sind Rechtsgeschäfte, zu denen der Vertreter der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf.

Die Ermächtigung kann von dem Vertreter nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zurückgenommen werden.

[b) für Dienst und Arbeitsverhältnisse.]

§ 113. Ermächtigt der gesetzliche Vertreter den Minderjährigen, in Dienst oder in Arbeit zu treten, so ist der Minderjährige für solche Rechtsgeschäfte unbeschränkt geschäftsfähig, welche die Eingehung oder Aufhebung eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses der gestatteten Art oder die Erfüllung der sich aus einem solchen Verhältnis ergebenden Verpflichtungen betreffen. Ausgenommen sind Verträge, zu denen der Vertreter der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedarf.

Die Ermächtigung kann von dem Vertreter zurückgenommen oder eingeschränkt werden.

Ist der gesetzliche Vertreter ein Vormund, so kann die Ermächtigung, wenn sie von ihm verweigert wird, auf Antrag des Minderjährigen durch das Vormundschaftsgericht ersetzt werden. Das Vormundschaftsgericht hat die Ermächtigung zu ersetzen, wenn sie im Interesse des Mündels liegt.

Die für einen einzelnen Fall erteilte Ermächtigung gilt im Zweifel als allgemeine Ermächtigung zur Eingehung von Verhältnissen derselben Art.

Geschäftsunfähigkeit wegen Geistesstörung:

§ 104. Geschäftsunfähig ist: 2) wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

§ 105 Abs. 2. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit abgegeben wird.

Entmündigung:

§ 6. Entmündigt kann werden: 1) wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

§ 104. (Geschäftsunfähig ist): 3) wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche, (wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht) entmündigt (oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt) ist, steht in Ansehung der Geschäftsunfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat (hierzu 2229).

C.P.O. § 473[1] (Eid) . . . . . . sowie Volljährigen, welche wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt sind, kann über Thatsachen, die in Handlungen derselben bestehen oder Gegenstand ihrer Wahrnehmung gewesen sind, der Eid zugeschoben oder zurückgeschoben werden, sofern dies von dem Gericht auf Antrag des Gegners nach den Umständen des Falles für zulässig erklärt wird.

Pflegschaft:

B.G.B. § 1910, Abs. 1. Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

Trunksucht:

B.G.B. § 6. Entmündigt kann werden: 3) wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet (s. oben § 114).

C.P.O. § 681. Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde.

Verletzung einer Aufsichtspflicht:

B.G.B. § 832. Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt.

Fähigkeit zur Testamentserrichtung:

B.G.B. § 2229, Abs. 3 (vergl. auch 2230). Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der

Stellung des Antrags ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

Nichtigkeit der Ehe:

B.G.B. § 1325. Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschliessung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesfähigkeit befand.

Die Ehe ist als von Anfang giltig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfalle der Geschäftsunfähigkeit, der Bewusstlosigkeit oder Störung der Geistesthätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist. Die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschliessung vorgeschriebenen Form (vergl. § 105, Abs. 2).

Anfechtung wegen Irrtums.

B.G.B. § 1333. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschliessung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

Ehescheidung infolge Geisteskrankheit:

B.G.B. § 1569. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Perverser Sexualtrieb und Sittlichkeitsverbrechen.

Elfter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin“, gehalten am 18. März 1902

von

Prof. Dr. **Jolly**,
Geh. Medizinalrat.

Meine Herren! Die beiden Kräfte, die nach dem bekannten Dichterwort das Getriebe der Welt in Gang erhalten, Hunger und Liebe, gehören auch zu den mächtigsten Wurzeln des Verbrechens. Den Löwenanteil beansprucht ohne Zweifel der Hunger, namentlich wenn wir seine Genossin, die Not, und seinen so häufigen Gesellen, den Durst nach erregenden und betäubenden Getränken, mit in Rechnung ziehen. Aber auch die sexuellen Triebe sind in grossem Umfange wirksam, um Verbrechen hervorzurufen, und in weitester Ausdehnung würden wir dies sehen, wenn ich auf alles dasjenige eingehen wollte, was seit den Tagen der Helena der Kampf um das Weib — und nicht minder auch der Kampf um den Mann — an Uebelthaten hervorgerufen hat.

Aber ich beschränke mich auf die engere Aufgabe, die mir hier gestellt ist: die direkten Wirkungen der Sexualität auf das Seelenleben und auf das Handeln, insbesondere auf das verbrecherische Handeln und andererseits die Beziehungen dieser Vorgänge zu Zuständen psychischer Erkrankung. — Die Stellung des Psychiaters, speziell des Gerichtsarztes gegenüber diesen Fragen ist es, über die ich Ihnen heute zu berichten habe.

Was die relative Häufigkeit sexueller Delikte betrifft, so ist es kaum möglich, hierüber aus der Kriminalstatistik irgendwie zuverlässige Angaben zu schöpfen, weil eine Menge der aus sexuellen Motiven hervorgegangenen Verbrechen sich unter anderer Form darstellt, zu Totschlag, Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung u. s. w. gezählt werden muss, während das eigentliche Motiv in der Statistik verschwindet. Auch eine Statistik, die ich Ihnen aus unserem Material in der Irrenabteilung der Charité, wo uns ja zahlreiche

Kriminalfälle zur Beobachtung kommen, vorführen kann, giebt kein entsprechendes Bild, da hier ganz andere Zufälligkeiten mitwirken. Ich will nur das eine anführen: Unter 235 Fällen, die der psychiatrischen Klinik in den letzten 10 Jahren zur Begutachtung von den Gerichten überwiesen worden sind, haben sich 50 solche befunden, in welchen direkt sexuelle Delikte in Frage kamen. Dabei sei gleich bemerkt, dass wir nur in 28 dieser Fälle, also in nur etwas mehr als der Hälfte, in der Lage waren, Geisteskrankheit oder solche abnorme Geisteszustände nachzuweisen, welche die freie Willensbestimmung ausschlossen, während in der übrigen Zahl dies nicht mit einiger Bestimmtheit gesagt werden konnte. Andererseits kamen selbstverständlich auch bei den nicht zur gerichtlichen Begutachtung stehenden Kranken zahlreiche sexuelle Abnormitäten zur Beobachtung.

Bevor ich nun auf die sexuellen Delikte eingehe, bei welchen Geisteskrankheit des Thäters in Frage kommt, muss ich der Vollständigkeit wegen in aller Kürze diejenigen Delikte von sexuellem Charakter erwähnen, welche an Geisteskranken begangen werden können. Ich führe zunächst an, dass im § 174 unseres St.G.B. in gleicher Weise, wie für alle öffentlichen Krankenanstalten, so auch für die Irrenanstalten die Bestimmung enthalten ist, wonach unzüchtige Handlungen, welche von Aerzten und anderen Medizinalpersonen mit Kranken vorgenommen werden, unter Strafe gestellt sind. Dabei ist eine vor wenigen Jahren ergangene auffallende Entscheidung des Reichsgerichts zu erwähnen, nach welcher Wärter an Irrenanstalten nicht zu diesen „anderen Medizinalpersonen" zu zählen sind. In einem von E. Schultze berichteten Falle, in welchem sich ein Wärter eines solchen Delikts an einem Geisteskranken schuldig gemacht hatte und deshalb in der Vorinstanz verurteilt worden war, hat das Reichsgericht dieses Urteil aus dem angegebenen Grunde aufgehoben. Es ist aber in der That schwer verständlich, was mit den „anderen Medizinalpersonen" gemeint sein soll, wenn nicht gerade das Wartepersonal, und es ist bedauerlich, dass für dieses, das doch in erster Linie der Versuchung zu solchen Vergehen ausgesetzt ist, nun keine entsprechende Strafbestimmung vorhanden ist. Von grösserer Bedeutung sind die Bestimmungen im § 176 und 177, welche mit Zuchthausstrafe diejenigen bedrohen, welche an einer Geisteskranken oder an einer willens- und bewusstlosen Frauensperson den ausserehelichen Coitus vollziehen bezw. welche eine Person in einen solchen willens- und bewusstlosen Zustand versetzen, um das Attentat ausführen zu können. In diesem Falle ist die Frage, die an den Gerichtsarzt gestellt wird, einfach die, ob bei dem Opfer des Attentats Geisteskrankheit vorhanden war oder nicht. Er hat sich dabei nach den allgemeinen Grundsätzen zu richten, die für diese Frage in Betracht kommen. Er hat aber dabei in der Regel auch noch die weitere Frage zu beantworten, ob die Erschei-

nungen der Geisteskrankheit dermassen sinnenfällige waren, dass sie von dem Thäter bemerkt werden mussten. Es gehört nicht zu meiner Aufgabe, heute auf diese Dinge näher einzugehen. In Kürze möchte ich aber doch die Frage berühren, was unter den willens- und bewusstlosen Zuständen verstanden werden kann, welche in diesen Paragraphen genannt werden. Es sind die Zustände der Ohnmacht, die Zustände des tiefen Schlafes, die Zustände der Berauschung und der Narkose und endlich die Zustände des Hypnotismus, die hierfür in Frage kommen.

Sexuelle Attentate, die an Ohnmächtigen ausgeführt wurden, sind wohl aus der belletristischen Litteratur bekannt — ich erinnere namentlich an den berühmten Fall von Kleist, die Marquise von O., — dagegen spielen sie in der forensischen Kasuistik kaum eine Rolle, und zwar wohl deshalb, weil die Gelegenheit zu derartigen Dingen allzu selten geboten ist. Was fernerhin die Möglichkeit betrifft, dass sexuelle Attentate an tiefschlafenden Frauen ausgeführt werden können, so hat Casper einen speziellen Fall dieser Art angeführt, sich aber bezüglich der den Widerstand ausschliessenden Schlaftiefe in diesem verneinend ausgesprochen, und doch muss man sagen, dass es an und für sich durchaus denkbar ist, dass derartige Grade des Erschöpfungsschlafes nach grossen Anstrengungen vorkommen, in welchen solche Attentate wenigstens als möglich erscheinen.

Viel wichtiger sind die Attentate, die an Narkotisierten und Berauschten vorgenommen werden können. Da liegt es ja auf der Hand, dass die Bedingungen durchaus gegeben sind, und die Kasuistik bietet eine Anzahl von Fällen, die zweifellos für das Vorkommen dieses Deliktes sprechen. Es ergibt sich aber noch häufiger, wenn man die einzelnen Fälle durchgeht, dass hier etwas anderes mitspielt, was zu fälschlichen Beschuldigungen Anlass geben kann, indem in den Uebergangszuständen aus dem narkotisierten Zustand in den wachen zahlreiche Traumbilder vorkommen, vielfache Illusionen auftreten, welche bei der betreffenden Person die Meinung, dass sexuelle Handlungen an ihr vorgenommen würden, erwecken. Es sind Bilder, die sich oft mit grosser Hartnäckigkeit bei den Betreffenden festsetzen und die dann auch in Krankheitszuständen, welche sich unter Umständen anschliessen, förmlich den Charakter von Wahnideen annehmen können.

Aehnliches gilt für die Hypnose. Zweifellos kommt es vor, nur lange nicht so häufig, wie man anfangs geglaubt hat — zu den Zeiten, als der Hypnotismus so sehr in Mode war — dass wirklich sexuelle Attentate an Hypnotisierten ausgeführt werden. Die Seltenheit des wirklichen Vorkommens ist darin begründet, dass eben sehr selten eine solche Tiefe des hypnotischen Schlafes erreicht ist, dass dieses ohne Widerstand möglich wäre. Auch hier aber kommt gerade das nicht selten vor, was ich bezüglich der Narkose ausgeführt habe: das Auf-

treten von Illusionen im hypnotischen Zustande selbst und im Uebergangszustande zum wachen Zustande. Ein sehr charakteristischer Fall, den v. Schrenk-Notzing beschrieben hat, giebt dafür ein Beispiel. Es kann unter Umständen, wie auch in diesem Falle nur mit Schwierigkeiten möglich sein, diese rein illusionären Vorkommnisse in ihre Bestandteile zu zerlegen und den Nachweis zu führen, dass in der That nicht ein Attentat, sondern nur die Einbildung eines solchen bei dem Hypnotisierten vorgelegen hat. Jedenfalls enthalten alle diese Fälle eine ernste Mahnung für den Arzt, solche hypnotische Prozeduren nicht allein vorzunehmen. Niemals sollte man unterlassen, sich mit Zeugen zu versehen, wenn man etwa zu therapeutischen Zwecken Hypnosen an weiblichen Kranken ausführt.

Ich gehe nun über zu dem wichtigeren Teil meiner Aufgabe, zur Besprechung derjenigen, aus sexuellen Motiven entstammenden Delikte, welche von Geisteskranken unternommen werden können, oder bei welchen wenigstens die Frage auftaucht, ob sie an und für sich oder in Verbindung mit den begleitenden Umständen das Vorhandensein eines geistig abnormen Zustandes und somit den Ausschluss der freien Willensbestimmung zur Zeit der That im Sinne des § 51 annehmen lassen.

Was zunächst die Delikte selbst betrifft, welche in unserem Strafgesetzbuch mit Strafe bedroht werden, so sind es erstens die Notzucht und andere aus sexuellen Motiven unternommene gewaltthätige Handlungen, es sind zweitens unzüchtige Handlungen mit Kindern, es ist drittens die Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit durch Vornahme unzüchtiger Handlungen, und es ist viertens endlich der widernatürliche sexuelle Verkehr unter Männern.

Was zunächst die Notzucht betrifft, so liegt es auf der Hand, dass bei gewissen Formen geistiger Störungen Antriebe dazu sich einstellen können, da wir ja wissen, dass insbesondere Epileptiker, Paralytiker, auch Idioten gewisser Formen an sehr starken Erregungen des Geschlechtstriebes leiden und geneigt sind, gewaltthätige Handlungen vorzunehmen. Immerhin sind diese Fälle relativ selten, und es sind z. B. in unserem ganzen Material nur 3 derartige Fälle gewesen, in welchen es sich um einen Akt eigentlicher Notzucht gehandelt hat, wobei der Verdacht geistiger Störung auftrat. In einem dieser Fälle mussten wir das Vorhandensein der letzteren mit Bestimmtheit ausschliessen.

Es entsteht nun die weitere und wichtigere Frage, ob andere Attentate, andere Gewaltthaten als die eigentliche Notzucht, die aber aus sexuellen Motiven ebenso wie diese entspringen, eine besondere pathologische Bedeutung beanspruchen dürfen, mit anderen Worten, wie ich es vorhin angedeutet habe, ob sie etwa an und für sich schon

als Beweis eines geistig abnormen Zustandes angesehen werden können.

Wenn man die psychiatrische Litteratur der letzten 20 Jahre durchgeht, wie sie sich im Anschluss an die Veröffentlichungen zunächst von Casper und von C. Westphal, weiterhin namentlich an die von v. Krafft-Ebing, Tarnowski, Moll, Eulenburg u. a. entwickelt hat, so ergiebt sich das eine, dass eine grosse Menge von perversen sexuellen Handlungen vorkommt in Verbindung mit allerhand anderen Erscheinungen, die auf einen mehr oder weniger psychisch abnormen Zustand hinweisen. Hieraus ist die Lehre entstanden, dass es eine eigentliche sexuelle Psychopathie gebe, deren Hauptkriterium in dem Auftreten perverser Triebe, perverser Empfindungen in sexueller Beziehung bestehe. Geht man im einzelnen diese Fälle durch, und vergleicht man vor allem, in welchen Kreisen diese Litteratur besonders begeisterte Leser gefunden hat, so wird man ohne weiteres darauf hingewiesen, dass allerdings wohl sehr häufig in Begleitung anderer Anomalien Perversitäten vorkommen, dass sie aber auch sonst in der Welt der Gesunden, in keiner Weise psychisch Verdächtigen eine sehr beträchtliche Rolle spielen, und dass es Erscheinungen sind, die geradezu zu den anthropologischen gerechnet werden müssen, die zu allen Zeiten, solange es Menschen giebt, vorgekommen sind, die bei allen Völkern sich in ähnlicher Weise wiederfinden, die unabhängig vom Kulturzustand bei wenig und bei hoch zivilisierten Völkern gefunden werden, auch unabhängig sind von der Rasse, bei der sie vorkommen. Es war dies bezüglich vieler einzelner dieser Perversitäten längst bekannt und hervorgehoben. Es ist in jüngster Zeit in einer verdienstvollen Zusammenstellung in dem Werke von Iwan Bloch in sehr allgemeiner Weise nachgewiesen worden. Wir können also gewissermassen als Leitsatz folgendes aufstellen: Sexuelle Perversitäten an sich, mögen sie noch so sehr durch ihre Absonderlichkeit Verwunderung oder auch Abscheu erregen, sind niemals ausreichend, um einen geistig abnormen Zustand im ganzen zu beweisen. Sie können bei vollkommen gesunden Individuen vorkommen; sie können allerdings, und das geschieht häufig, auch bei Kranken vorkommen, sie können neben anderen Krankheitserscheinungen beobachtet werden, und sie können in manchen Fällen so prädominierend werden, dass man in der That ihnen das Kriterium eines eigenen Krankheitszustandes nicht absprechen kann.

Kehren wir nun nochmals zurück zu den gewaltthätigen Handlungen aus sexuellen Motiven, so ist daran zu erinnern, dass Poeten und Schriftsteller, namentlich auch ärztliche Schriftsteller aller Zeiten darauf hingewiesen haben, dass der sexuelle Akt als solcher ein Gewaltakt sei, und dass mit ihm Schmerzerregung und Schmerzerduldung sich in einer Weise verbinden, dass diese Empfindungen unter-

gehen in der überwiegenden sinnlichen Lust, und dass sie dadurch ihre Unlustbetonung verlieren. Unter ungünstigen Umständen treten diese Empfindungen und die mit ihnen verbundenen Vorstellungen von aktiver oder passiver Schmerzerregung mit der Zeit in eine derartig feste assoziative Verknüpfung mit der geschlechtlichen Erregung und werden schliesslich dauernd mit ihr derart verbunden, dass das Auftauchen analoger Vorstellungen immer wieder entsprechende sexuelle Empfindungen weckt, und dass die sexuellen Empfindungen erhöht werden, wenn gewisse Handlungen im Sinne von Schmerzerregungen vorgestellt oder vorgenommen werden. Es kommt diese Erscheinung zuweilen als eine erst im späteren Leben erworbene vor, die namentlich da sich einstellt, wo die sexuelle Fähigkeit abnimmt, wo das, was der sexuelle Reizhunger genannt wird, nach neuen Formen der Befriedigung sucht. Sie kommt aber nicht selten auch als eine Erscheinung vor, die schon aus frühester Kindheit stammt, und die dann auf Eindrücke derjenigen Kinderjahre zurückzuführen ist, in welchen die ersten Sexualerregungen sich einstellen. Das ist ja bekanntlich bei manchen Kindern ausserordentlich früh der Fall; es geht in das 8., 7., 6., 5. Lebensjahr zurück. Eine bestimmte Grenze hierfür lässt sich kaum anführen. Die Vorkommnisse, durch welche in diesem Alter eine solche Verknüpfung von Vorstellungen mit dem Gefühl sexueller Erregung hervorgerufen wird, sind zum Teil körperliche Züchtigungen, sowohl selbst erduldete als auch an anderen mit angesehene. Eine ganze Reihe von Fällen, welche in der Litteratur näher beschrieben sind, und eben solche, welche mir selbst in der Praxis vorgekommen sind, zeigen aufs deutlichste, dass derartige Einwirkungen in der frühesten Kindheit mit den ersten sexuellen Regungen sich verknüpft haben, und dass sie dann weiter immer in sexueller Betonung wieder aufgetreten sind. Andere Male ist es das Mitgefühl, das bei der Lektüre von Misshandlungsszenen entsteht und das sich ebenfalls mit, zunächst dunklen, sexuellen Empfindungen verbinden kann. Mit dem Deutlicherwerden der letzteren tauchen dann im späteren Leben die zuerst mit ihnen assozierten Vorstellungen wieder auf, und umgekehrt wird deren zufällige oder absichtliche Erinnerung in sexueller Weise betont.

Man findet nun, dass bei einer sehr grossen Zahl von Individuen, bei welchen diese Dinge in der Kindheit vorgekommen sind und eine gewisse Rolle gespielt haben, sie später wieder abgeschüttelt werden, indem mit dem Eintritt der vollen Geschlechtsreife die natürliche Bahn beschritten und die unnatürliche vergessen wird. Aber auch da ist es nicht selten zu sehen, dass in späteren Jahren, wenn wieder eine Abnahme der sexuellen Fähigkeit eintritt, oder wenn deren natürliche Befriedigung auf Hindernisse stösst, auch die lange zurückgetretene Neigung wieder hervortritt und sich unter Umständen in perversen Handlungen Luft macht. Anderemale bleibt von den Kinderjahren an

die perverse Richtung, zunächst der sexuellen Vorstellungen bestehen, nimmt allmählich an Stärke zu und führt in irgend einer Lebensepoche zu entsprechenden Handlungen.

Die beiden Hauptfälle, welche in dieser Hinsicht in Betracht kommen, sind in der psychiatrischen Litteratur nach zwei berühmten Vertretern dieser Perversitäten benannt worden. Die eine Form, die aktive Schmerzerregung bei Anderen, um selbst dadurch sexuell erregt zu werden, ist nach dem Marquis de Sade, welcher Ende des 18. Jahrhunderts gelebt und gewirkt hat, zunächt von französischen Autoren als Sadismus bezeichnet worden; die andere Form, bei welcher es sich um passive Duldung von Schmerzen zum Zweck der Hervorrufung oder Erhöhung sexueller Erregung handelt, ist nach einem ihrer glühendsten Schilderer Sacher Masoch durch v. Krafft-Ebing als Masochismus bezeichnet worden. Es hat sich längst gezeigt und ist von vielen Autoren hervorgehoben worden, dass sehr häufig eine Verbindung dieser beiden Perversitäten bei derselben Person vorkommt, so dass ihre praktische Trennung durchaus nicht immer durchführbar ist, und es ist aus diesem Grunde ein zusammenfassender Name von Schrenk-Notzing vorgeschlagen worden, der vielfach Beifall gefunden hat und der in der That recht gut zur Bezeichnung dieser Zustände verwendet werden kann: die Bezeichnung als Algolagnie (Schmerzgeilheit).

Es ist vom psychologischen Standpunkt aus interessant, die ausserordentlich massenhafte Litteratur, die, teils medizinisch, teils belletristisch, sowohl in unserer Zeit, wie auch schon in den verschiedensten früheren Epochen über diese Frage erschienen ist, etwas durchzublättern und daraus einerseits zu entnehmen, wie überaus häufig gerade diese Perversität vorkommt und das Interesse der Schriftsteller und des lesenden Publikums erweckt, andererseits sich darüber klar zu werden, welche Stellung ihr gegenüber die einzelnen Autoren einnehmen. Da ist zunächst eine Kategorie dieser Schriften einfach in dem Sinne zu charakterisieren, dass es sich um schmutzige Machwerke handelt, welche, auf die lüsterne Phantasie der Leser berechnet, irgend eine plump ersonnene Fabel im Stil der Hintertreppenromane dazu verwenden, um allerhand Flagellationsszenen ebenso wie auch auch andere erotische Schilderungen einzuflechten. Die grosse Zahl dieser Schriften zeigt, wie gross die Nachfrage nach dieser speziellen Art des Sinnenkitzels sein muss. Von einer zweiten Kategorie der Darstellungen kann man wohl sagen, dass sie mit naturgeschichtlicher Treue die wirklichen Vorkommnisse wiedergeben. Dies gilt insbesondere von verschiedenen Romanen von Zola, in denen diese Dinge, ebenso wie alle anderen menschlichen Schwächen von dem ungemein scharf und realistisch auffassenden und darstellenden Autor in sehr charakteristischer Weise wiedergegeben sind. Bei einer dritten Kategorie von, zum Teil sehr

talentvollen, dichterisch begabten Autoren ist dagegen ohne weiteres zu erkennen, dass dieselben selbst Opfer dieser eigentümlichen Perversität geworden sind, die ihre Phantasie in einem solchen Masse ausfüllt, dass sie alle Schätzung, alle Kritik für das thatsächlich Mögliche verloren haben und ebenso auch für das, was dem unbeteiligten Leserpublikum geboten werden kann.

Ein klassisches Beispiel hierfür ist der vorhin genannte Sacher-Masoch, der in seinen Werken vielfach eine hervorragende poetische Begabung bekundet, aber in seinen Schilderungen immer wieder auf diesen einen Punkt hinauskommt und im Ausmalen von Misshandlungsszenen, die zum Teil an historische Vorkomnisse anknüpfen, zum grossen Teil aber der Phantasie des Unmöglichen angehören, förmlich schwelgt. Auch aus jüngster Zeit wären verschiedene seiner Nachfolger in gleichem Sinne zu nennen, und als ein, in intellektueller Beziehung allerdings sehr minderwertiges, Beispiel aus früherer Zeit ist der ebenfalls schon genannte Marquis de Sade anzuführen.

Wenn nun gegenüber diesem psychologischen Interesse der Sache das pathologische und insbesondere das gerichtsärztliche ins Auge gefasst wird, so ergibt sich ohne weiteres, dass diejenige Richtung der Algolagnie, welche im Sinne des Masochismus sich entwickelt hat, kaum in forensischer Beziehung in Betracht kommt. Hier handelt es sich ja nur um Erduldung von perversen Handlungen, Flagellationen und anderen Misshandlungen und Erniedrigungen, und das Opfer ist selbt damit einverstanden und wird wohl niemals gerichtliche Klage erheben. Ein einziges Beispiel, in dem ein derartiger Fall überhaupt zur Begutachtung gekommen ist, wird von v. Schrenk-Notzing angeführt, indem ein Beamter zu begutachten war, der mit seinen Unterbeamten in so eigentümlich unterwürfiger, erniedrigender Weise verkehrte, dass er sich von ihnen mit Du anreden liess, sie veranlasste, die Kleider mit ihm zu wechseln und ähnliches, so dass die Frage erhoben wurde, ob diese, seine Autorität schädigende Handlungsweise etwa auf einen pathologischen Geisteszustand zu schieben sei. Es war in der That möglich, in diesem Fall die ganzen Vorkommnisse auf masochistische Motive zurückzuführen und dementsprechend das Gutachten zu erstatten. Ich selbst hatte kürzlich in einer Ehescheidungssache einen jung verheirateten Mann zu untersuchen, der von Beginn der Ehe an sich als impotent erwiesen und nicht einmal den Versuch der Kohabitation gemacht hatte, dagegen von seiner Frau die Flagellation und andere ihn erniedrigende Handlungen verlangte. Der im übrigen körperlich kräftige und in seinem Beruf tüchtige Mann hatte niemals sexuell verkehrt, dagegen seit seiner Kindheit in derartigen Phantasien geschwelgt und war in dem naiven Glauben in die Ehe getreten, sie hier einfach verwirklichen zu können.

Gegenüber der geringen forensischen Erheblichkeit dieser Kategorie von Fällen ist ersichtlich, dass die sadistischen Gelüste sehr häufig zu Verbrechen führen können und dass sie eine nicht ganz unerhebliche Rolle in der Kriminalistik spielen.

Ich erwähne zuerst den krassesten Fall des Lustmordes, der nicht ganz selten vorkommt und offenbar in der Regel auf diese Geschlechtsverirrung zurückzuführen ist. Eine viel häufigere Folge derselben sind die Fälle, in welchen Lehrer und Erzieher die Züchtigung von Kindern aus sexuellen Motiven vornehmen. Hierbei kommen allerdings auch zum Teil die später zu besprechenden homosexuellen Motive mit in Betracht. Dann sind eine ganze Reihe von den eigentümlichen Attentaten auf weibliche Personen, bei welchen es sich nicht um eigentliche Züchtigungen handelt, sondern um andere gewaltsame Handlungen, auf solche sadistischen Motive zurückzuführen. Ich erinnere an die sonderbaren Fälle, in welchen Männer ihre Befriedigung darin finden, Frauen auf der Strasse mit Messern zu stechen, ihnen die Zöpfe abzuschneiden oder ihnen die Kleider zu zerreissen, oder mit Säure zu zerstören oder auch ihnen Kleidungsstücke, Taschentücher, Portemonnaies u. s. w. zu entwenden. Die Fälle der letzteren Art werden in der psychiatrischen Litteratur unter der Bezeichnung des Fetischismus zusammengefasst, indem es sich bei ihnen um die sexuelle Begeisterung für irgend ein bestimmtes, dem Weib angehöriges Objekt, einen Fetisch handelt, dessen Berührung oder Besitz angestrebt wird, um sexuelle Befriedigung zu erreichen. Man hat Stiefelfetischisten, Taschentuchfetischisten u. s. w. unterschieden, wie denn überhaupt die Varietäten der geschlechtlichen Verirrungen ins Endlose gehen. Es muss aber demgegenüber darauf hingewiesen werden, dass die Trennung keineswegs von Fall zu Fall durchzuführen ist, indem nicht selten Kombinationen verschiedener Perversitäten, sei es gleichzeitig oder nacheinander bei derselben Person beobachtet werden. Insbesondere verbindet sich der Fetischismus aus naheliegenden Gründen häufig mit masochistischen und sadistischen Regungen.

Auch eine weiter zu nennende Perversität kommt in verschiedenen Einzelformen und auch wieder in Kombination mit den genannten Neigungen vor, es ist dies der Exhibitionismus: die aus sexuellen Motiven hervorgehende Begierde, öffentlich und zwar in Gegenwart von Frauen die Genitalien zur Schau zu stellen. In manchen dieser Fälle ist es ganz bestimmt nachzuweisen, dass diese Attentäter dabei von der Vorstellung geleitet werden, dass das Erschrecken der betreffenden weiblichen Personen ihnen Lustempfindung und sexuellen Orgasmus erregt. Sie können also auch noch im weiteren Sinne zu den Sadisten gerechnet werden, namentlich dann, wenn, wie dies sehr häufig der Fall ist, die Exhibition vorwiegend in Gegenwart

von kleinen Mädchen vorgenommen wird und gleichzeitig zu unsittlichen Angriffen auf dieselben führt.

In anderen Fällen liegt die sexuell erregende Vorstellung mehr darin, dass durch die Exhibition die Neugierde oder die Heiterkeit oder auch der Zorn der Zuschauerinnen erweckt wird, zuweilen ist es sogar direkt die Gefahr des Entdeckt- und Angezeigtwerdens, welche sexuell erregend wirkt, also in weiterem Sinne ein masochistisches Motiv.

Sehen wir uns nun nach den Kriterien um, welche bei allen diesen mannigfachen Varietäten der sexuellen Verirrungen als Zeichen einer psychisch krankhaften Grundlage angesehen werden können, so muss zunächst nochmals betont werden, dass die Perversität als solche niemals als Beweis eines pathologischen Zustandes gelten kann, da für alle Formen derselben reichliche Beispiele von Leuten aufzufinden sind, bei welchen auch die eingehendste Untersuchung des Geisteszustandes keinerlei sonstige Anomalien entdecken lässt.

Andererseits k a n n jede dieser Perversitäten bei Geisteskranken vorkommen, teils in der Weise, dass sie, von vornherein vorhanden, sich während einer später auftretenden psychischen Erkrankung forterhält, teils in der Weise, dass die letztere erst ihre Entstehung hervorruft oder begünstigt oder auch so, dass eine von Hause aus bestehende Abnormität der Anlage, sowohl zu psychischem Defekt wie zu der Entwickelung der sexuellen Perversität Anlass giebt. Nur die genaue Untersuchung des einzelnen Falles kann darüber Aufschluss geben, ob eine, und welche dieser Möglichkeiten vorliegt. Allerdings lehrt die Erfahrung, dass einzelne Perversitäten besonders häufig in einer dieser Verbindungen vorkommen. So finden sich unter den Exhibitionisten in ziemlich grosser Zahl Epileptiker und chronische Alkoholiker sowie Paralytiker, während für die Fälle von Unzucht mit Kindern ausser diesen Kategorien noch besonders die angeboren Schwachsinnigen und die senil Dementen in Betracht kommen. Sobald die Zeichen eines dieser Zustände deutlich erkennbar und als zur Zeit der That wirksam nachweisbar sind, bietet die forensische Begutachtung solcher Fälle keine Schwierigkeit.

In erheblichen Zweifel wird man dagegen in den Fällen versetzt, in welchen nichts von solchen psychischen Krankheitszuständen zu finden ist, und die betreffenden Handlungen bei vollem Bewusstsein und mit der Kenntnis ihrer Strafbarkeit begangen werden, und in welchen doch das Widersinnige und den Thäter Kompromittierende der Handlungsweise so sehr in die Augen springt, dass man sich immer wieder fragen muss, ob nicht doch ein krankhafter Zustand seinem Handeln zu Grunde gelegen haben muss. Es sind ganz besonders die Exhibitionisten, bei welchen diese Frage sich immer wieder aufdrängt, da sie durch ihre Perversität getrieben werden, etwas zu thun,

was jeder andere Verbrecher aufs ängstlichste meidet, nämlich in mehr oder weniger öffentlicher Weise eine verbotene Handlung zu begehen.

Wenn man nun diese Fälle im einzelnen analysiert (die eigentlich Geisteskranken abgerechnet), so ergibt sich, dass am häufigsten das zufällige Vorbeikommen von weiblichen Personen während des Urinierens auf der Strasse den ersten Anstoss zu dieser Perversität gegeben hat. Wie schon erwähnt, war es bald das Erschrecken derselben, bald ihre Neugierde oder ihr Zorn, was sexuell erregend wirkte und die Verknüpfung dieser Vorstellung mit dem geschlechtlichen Orgasmus herbeiführte. Die Hervorrufung des letzteren wurde dann mehr und mehr von dem Wiedereintritt der gleichen Situation abhängig. Verhältnismässig häufig war dabei nachweisbar, dass in solchen Fällen die normale Art der Geschlechtsbefriedigung auf Hindernisse gestossen war, teils indem infolge sexueller Erkrankung Befürchtungen wegen ihrer Wiederholung bestanden, teils (bei Verheirateten) indem wegen Erkrankung der Frau oder wegen der Furcht vor Nachkommenschaft die Kohabitation gemieden wurde.

Sicher wird das Vorhandensein dieser Umstände niemals ausreichen, um den Betreffenden vor Gericht zu exkulpieren; denn das Nichtüberwinden solcher Impulse ist ja gerade dasjenige, was von dem Gesetz mit Strafe bedroht wird. Wir haben daher regelmässig in den Fällen, in welchen nichts anderes vorlag als Exhibition bei sonst völlig normaler Geistesbeschaffenheit, das Vorhandensein einer Störung im Sinne des § 51 verneint. Handelte es sich um Individuen mit nervöser Anlage oder mit, durch irgend welche Einflüsse erworbener Neurasthenie, so wurde durch Hervorhebung dieser Umstände in der Regel wenigstens eine Milderung der Strafe erreicht. Andererseits führte aber auch die, gerade bei diesem Delikt so häufige Rückfälligkeit zu erhöhten Strafen. Und so sind denn uns wie anderen Beobachtern Fälle begegnet, in welchen dieselben Leute immer wieder wegen des gleichen Delikts in Untersuchung kamen und immer empfindlichere Strafen erlitten, durch welche ihre Existenz vernichtet wurde, und die doch kein weiteres Resultat hatten, als dass unmittelbar nach Verbüssung der Strafe das gleiche Delikt begangen wurde.

Es ist hier nicht möglich, auf die reichhaltige Kasuistik derartiger Vorkommnisse einzugehen. Aber ich möchte zwei Beispiele anführen, die besonders lehrreich sind. Zunächst einen Fall, der uns wiederholt beschäftigt hat: Es handelte sich um einen Mann, der zuerst während des Krieges 1871 sich mit einer Gonorrhöe infizierte und dadurch ängstlich wurde, weiteren Sexualverkehr zu pflegen. Durch zufälliges Vorbeikommen von Frauenzimmern, während er urinierte, wurde er zuerst geschlechtlich erregt und suchte dann immer häufiger

durch solche Begegnungen Orgasmus herbeizuführen. Auch die Verheiratung half ihm nichts gegen diesen Trieb, ebensowenig die wiederholten, immer schwereren Verurteilungen, die er sich durch denselben zuzog. Wir vermochten uns bei seiner ersten Begutachtung in der Charité vor etwa 10 Jahren nicht davon zu überzeugen, dass etwas Krankhaftes im Sinne des § 51 vorliege, so dass auch damals wieder die Verurteilung zu Gefängnisstrafe erfolgte. Auch diese blieb ohne Wirkung. Der in guten Verhältnissen lebende Mann, dessen Frau alles aufbot, um ihn vor Rückfällen zu bewahren, wurde immer von neuem wieder das Opfer seiner Perversität und zog sich immer neue und länger dauernde Gefängnisstrafen zu. Er kam in seinem Berufe zurück, brachte seine Familie in Not, machte schliesslich im Gefängnis eine schwere Erkrankung an Pleuritis durch und wurde dann in körperlich sehr geschwächtem Zustand nach Hause entlassen. Wenige Tage darauf machte er sich abermals der Exhibition schuldig, wurde abgefasst und nun kürzlich zum zweitenmal der Charité zur Begutachtung übergeben. Obwohl Zeichen geistiger Störung ebenso wenig wie das erste Mal vorhanden waren, hielten wir uns doch nach allen diesen Vorkommnissen nun für berechtigt, einen krankhaften Zwang anzunehmen, worauf seine Freisprechung auf Grund des § 51 erfolgte.

Zu dem gleichen Resultat sind wir vor kurzem in einem Falle gekommen, in welchem es sich nicht um Exhibition, sondern um die Neigung zum Zerstören weiblicher Kleidungen und zum Entwenden von Taschentüchern und Portemonnaies aus der Tasche von Frauen handelte: ein Mann aus guter Familie, der schon seit seinem 18. Jahre wegen solcher Delikte wiederholt Gefängnisstrafen ausgehalten hat, wurde schliesslich von seinen Angehörigen nach Amerika geschickt, beging dort von neuem ähnliche Delikte und wurde von amerikanischen Psychiatern als unzurechnungsfähig erklärt, während ihm zugleich die Heirat als probates Mittel zur Heilung seiner Perversität empfohlen wurde. Er hat diesen Rat befolgt, ist zurückgekehrt nach Deutschland und hier einige Monate hindurch freigeblieben. Aber kaum war er durch die erste Gravidität seiner Frau verhindert, den regelmässigen Sexualverkehr zu üben, als von neuem die gleichen Handlungen sich wiederholten und als, wie sich dann herausstellte, er ähnliche Delikte auch seiner eigenen Frau gegenüber beging, indem er deren Wäsche zerstörte und mit Stücken ihrer Kleidung sich sexuell erregte, also ganz ähnlich handelte, wie Fremden gegenüber. Hier war auf Grund aller dieser Thatsachen, auf Grund seines ganzen sonstigen Verhaltens — er war ein schwer neurasthenischer Mensch — schliesslich das Gutachten dahin zu erstatten, dass es sich um

einen psychopathischen Zustand handle, durch welchen ein Zwang im Sinne des § 51 gegeben war.

Es fehlt uns nun freilich gänzlich an einem Mass für diesen Zwang, und es wird immer einigermassen zweifelhaft bleiben, von welchem Augenblick an man ihn als einen pathologischen im Sinne des § 51 anzusehen berechtigt ist. Allein man muss sich erinnern, dass dies mit zahlreichen anderen Erscheinungen sich nicht anders verhält, bei welchen nicht ihre Beschaffenheit an und für sich, sondern ihre Intensität darüber entscheidet, ob wir sie für normal oder für pathologisch halten müssen. Ich erinnere auf somatischem Gebiet an die Störungen des Kreislaufs durch Herzhypertrophie, auf psychischem Gebiet auf die unserem Thema am nächsten liegende Erscheinung der Zwangsvorstellung. Jedermann weiss, dass Zwangsvorstellungen ein sehr verbreitetes Symptom auch bei Gesunden sind, und dass selbst ein stärkeres Auftreten derselben, das für den Eigentümer sehr quälend werden kann, doch noch nicht seine geistige Gesundheit in Frage stellt und ihn nicht unfähig macht, die Verantwortung für sein Handeln zu tragen. Ebenso sicher ist es aber, dass die Zwangsvorstellung eine solche Stärke erreichen kann, dass sie alle Schranken durchbricht, dass sie allein bestimmend für das Handeln wird, und dass sie dann die Verantwortlichkeit ausschliesst. So verhält es sich auch mit dem Zwang der sexuellen Impulse. Der normale Mensch erwirbt die Fähigkeit, denselben, soweit sie sich auf unerlaubte oder perverse Handlungen beziehen, Widerstand zu leisten, und wo er dies nicht thut, hat er die Verantwortung für seine Handlungen zu tragen. Hat ihn die Natur mit besonders starken Begierden in dieser Richtung ausgestattet, so ist ihm der Kampf erschwert, und er wird leichter mit dem Gesetz in Konflikt kommen. Die Strafandrohung hat gerade den Zweck, seinen Widerstand zu erhöhen, und die Strafausführung nach erfolgter That kann dazu beitragen, ihn vor Rückfällen zu schützen. — Zeigt sie sich aber hierin in dem Grade unwirksam, wie wir es in den beiden Fällen gesehen haben, so muss man ihre Wiederholung nicht nur als zweckwidrig, sondern auch als ungerecht bezeichnen, weil sie dann einen psychisch kranken Menschen treffen würde. Diese Fälle sind es, in welchen man von einer Psychopathia sexualis sprechen kann, deren Besonderheit aber nicht darin gesucht werden darf, dass aussergewöhnliche Arten der Geschlechtsempfindung auftreten, sondern dass diese Empfindung mit einer, aus pathologischen Gründen unwiderstehlichen Gewalt zur Bethätigung drängt.

Nun, m. H., endlich komme ich zu der letzten Form der sexuellen Perversität, und damit zu derjenigen, welche wohl am meisten das allgemeine Interesse in Anspruch genommen hat, das ist die Homosexualität.

Bestraft wird nach § 175 die widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts. Es waren zuerst die Veröffentlichungen von Casper und C. Westphal, welche auf sehr eigentümliche Fälle dieser Art die Aufmerksamkeit lenkten, auf Fälle, in welchen die Neigung zum gleichen Geschlecht in einer sehr frühen Lebensepoche bereits sich entwickelt hatte, weshalb sowohl Casper wie Westphal ein Angeborensein dieser Störung annahmen. Westphal hat dafür den jetzt allgemein gebräuchlichen Namen konträre Sexualempfindung gewählt. Westphal selbst hat in Fällen, die er mitteilte — es waren nicht nur solche von Männern, sondern auch von Frauen — nachweisen hönnen, dass es sich jedesmal um eine ausgesprochen psychopathische Erkrankung auch anderer Art handelte, dass also neben dieser sexuellen Perversität auch andere psychische Abnormitäten vorhanden waren. Es waren übrigens zum Teil gar nicht Fälle, die zur gerichtlichen Begutachtung gekommen waren, sondern die lediglich als Krankheitsfälle in Beobachtung standen. In dem gleichen Sinne des Angeborenseins solcher Zustände hat sich auch ein in damaliger Zeit viel genannter Autor ausgesprochen, ein Nichtmediziner, der Assessor Ulrichs, der die mit dieser eigentümlichen Perversität behafteten Individuen als Urninge bezeichnete und der annahm, dass es sich hier nicht um eine pathologische Erscheinung, sondern um eine physiologische Varietät des Menschengeschlechts handle, deren Eigentümlichkeit seiner Auffassung nach darin bestand, dass eine „anima muliebris in corpore virili inclusa“ sich befinde. Die Litteratur über diesen Gegenstand ist eine ausserordentlich reichliche seitdem geworden. Mediziner und Nichtmediziner haben sich darüber vernehmen lassen. Es ist ein sehr grosses Material von Fällen gesammelt worden, so dass man wohl in der Lage ist, sich eine einigermassen abschliessende Auffassung über den Gegenstand zu bilden. Vor allem ergibt sich als Resultat der reichhaltigen Kasuistik, dass diese Homosexualität vielleicht in einer ganz kleinen Zahl der Fälle als wirklich angeborene Erscheinung auftritt, dass sie aber ganz sicher in den weitaus meisten Fällen eine erworbene ist, erworben zum Teil in früher Kindheit, zum Teil erst in späterem Leben. Was die Entstehung in früher Kindheit betrifft, so sind es auch wieder ganz analoge Vorgänge, wie ich sie vorhin bezüglich sexueller Perversitäten im allgemeinen angeführt habe. Der Verkehr mit Kindern des gleichen Geschlechts in jenem Alter, in welchem die ersten geschlechtlichen Regungen auftauchen, gibt die Gelegenheit zu gegenseitiger Erregung. Oft sind es zunächst mehr platonische, schwärmerische Verhältnisse, die sich in dieser Weise entwickeln. Häufiger spielen körperliche Berührungen bis zur mutuellen Masturbation eine Rolle. In Pensionaten und unter ähnlichen Verhältnissen, welche Kinder

gleichen Geschlechts in ständige Berührung bringen, werden diese Dinge, die bekanntlich ebensowohl unter Mädchen wie unter Knaben vorkommen, förmlich gezüchtet. So kann auch hier jene feste Assoziation zwischen sexueller Empfindung und der bestimmten Vorstellung der Befriedigung geschaffen werden, wie wir sie bezüglich der anderen Perversitäten kennen gelernt haben. Nur die grössere Häufigkeit der Gelegenheit zur Entwickelung der konträren Sexualempfindung bedingt es, dass sie an Zahl der Fälle wohl die der anderen Perversitäten übertrifft.

Ganz wie dort aber geschieht es, dass die grosse Mehrzahl der zunächst Befallenen in der Zeit der vollen Geschlechtsreife auf die normale Bahn übergeht und somit diese „weibliche Seele“ wieder los wird, während eine allerdings nicht unbeträchtliche Minderzahl dauernd mehr oder weniger unter der Nachwirkung der Jugendeindrücke stehen bleibt.

Unverkennbar ist auch, dass unter dieser Minderzahl eine nicht geringe Anzahl von psychopathischen Naturen sich befindet, bei welchen die Widerstandsfähigkeit vermindert ist, und die deshalb besondere Neigung zeigen zu solchen pathologischen Verknüpfungen. Ebenso sicher ist aber, dass doch auch eine ganze Menge von gesunden Individuen diese Neigung beibehalten. Dass endlich auch im späteren Leben die Entstehung dieser Perversität keine ganz seltene ist, das ist von alters her bekannt. Es gilt ja ganz besonders von dieser Art der sexuellen Perversion, was ich vorhin im allgemeinen gesagt habe, dass sie zu allen Zeiten beschrieben worden ist, bereits im Altertum eine sehr grosse Rolle gespielt hat, dass sie bei manchen Völkern ungemein verbreitet vorgekommen ist, dass sowohl zivilisierte wie nichtzivilisierte Völker sie dargeboten haben, dass also die Einflüsse der Kultur nur verhältnismässig wenig in Bezug auf sie wirksam sind, während es allgemein anthropologische Momente sind, welche ihr häufiges Entstehen begreifen lassen. Es ist auch bei Erwachsenen ja ganz besonders häufig da die Entstehung der Perversität zu beobachten, wo die Betreffenden von der normalen Geschlechtsbefriedigung abgeschnitten sind. So kommt sie sehr viel vor in Gefängnissen, ist eine häufige Erscheinung auf Kriegsschiffen, ferner bei den Soldaten, die in den Tropen zu leben haben und dort keine Gelegenheit zum weiblichen Verkehr finden. Es ist von dem verstorbenen Stark in Stephansfeld darauf hingewiesen worden, dass er namentlich von den ehemaligen Fremdenlegionären eine grosse Zahl von Individuen zur Beobachtung bekam, die, wenn sie als Geisteskranke in die Anstalt gebracht wurden, daselbst ungemein störende Elemente durch diese perversen Neigungen geworden sind. Aehnliches kann ich auch aus meiner Strassburger Beobachtung berichten. Also auch hier in

vielen Fällen zweifellos nicht Krankheit, sondern zufällige Erwerbung einer Perversität, die aber eine ganz isolierte sein und bleiben kann, und neben der ein durchaus normales sonstiges Seelenleben möglich ist.

Es ergibt sich hieraus, dass alle die Theorien, die aufgestellt worden sind, wie ich sie schon vorher von Ulrichs erwähnt habe, von der weiblichen Seele im männlichen Körper oder, wie dies später formuliert worden ist: eines weiblichen Gehirns im männlichen Schädel oder, wie es auch noch aufgefasst worden ist, dass von der ursprünglichen bisexuellen Anlage des Embryo, die auch auf eine bisexuelle Anlage der Gehirnzentren hinweise, bei einzelnen Individuen zufällig das männliche Zentrum verkümmere und nur das weibliche erhalten bleibe — auch dieses mehr physiologische Mäntelchen erweist sich als ein gänzlich windiges —, dass alle diese Theorien, sage ich, jeder Begründung entbehren und als positiv falsch zu bezeichnen sind. Gerade durch den Umstand, dass wir die Perversität der Homosexualität in ganz übereinstimmender Weise sich entwickeln sehen wie alle anderen Perversitäten in sexueller Beziehung, wird bewiesen, dass alle Erklärungsversuche, welche nur für die einzelne Perversität zugeschnitten sind, von vornherein hinfällig sein müssen.

Für die praktische Begutachtung, für die Auffassung des Psychiaters und des Gerichtsarztes, der solchen Fällen gegenübergestellt wird, kann allein in Frage kommen, zu ermitteln, ob geistige Krankheit vorhanden ist oder nicht, eventuell ob neben dieser perversen Sexualität etwa andere Momente vorhanden sind von krankhafter Art, welche die Widerstandskraft des Individuums ausserordentlich herabsetzen. Insbesondere Zustände schwerer Neurasthenie können ja unter Umständen diese Bedeutung haben und können auch wieder dahin führen, wie ich das bezüglich der anderen Perversitäten bemerkt habe, dass wir in einzelnen Fällen in der That einen pathologischen Zwang, eine wirkliche Psychopathia sexualis annehmen können, welche im Sinne des § 51 zu beurteilen ist. Für die Mehrzahl der Fälle gilt das aber nicht. Ihnen gegenüber muss der Arzt sagen, dass er nicht in der Lage sei, Krankheit zu erkennen, wo keine Krankheit besteht.

Nun möchte ich zum Schluss daran erinnern, gerade in Bezug auf diese Frage, dass seit einigen Jahren ein lebhafter Petitionssturm in Szene gesetzt worden ist, um eine Aenderung des § 175 herbeizuführen in dem Sinne, dass die Akte der Homosexualität, sofern sie unter erwachsenen Männern stattfinden mit gegenseitiger Zustimmung und ohne Erregung von öffentlichem Aergernis, von Strafe befreit sein sollen. Es ist nicht mehr eine psychiatrische Frage im

engeren Sinne, um deren Beantwortung es sich dabei handelt. Ich könnte sie daher ganz übergehen. Aber ich glaube doch, dass die Erfahrungen des Psychiaters auch einigermassen in Betracht kommen können, wenn es sich um die weitere Erörterung dieser Frage handelt. Ich will zunächst ausdrücklich anführen, dass ich nicht zu denjenigen gehört habe, welche diese Petition unterschrieben haben, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil dieselbe in so thörichter Weise begründet war durch die angeführten Behauptungen über physiologische Anlagen zur Homosexualität, dass es unmöglich war, vom ärztlichen Standpunkt aus dem beizustimmen. Wenn es sich aber um die Frage handelt, ob es zweckmässig ist, diesen Paragraphen zu beseitigen, so kommt noch einiges andere in Betracht. Da möchte ich zunächst darauf hinweisen, dass der thatsächliche Zustand, der jetzt in dieser Richtung bei uns besteht, der einer ziemlich weitgehenden Duldung ist. Würde der Polizei die Aufgabe gestellt, einmal überall kräftig zuzugreifen, wo Indizien für derartige Handlungen vorliegen, dann würde zweifellos die Folge sein, dass eine ausserordentliche Menge von Skandalprozessen in den verschiedensten Kreisen entstände, und da darf man doch fragen: cui bono? — sicher nicht zum Nutzen der öffentlichen Moral! Es kommt ein Weiteres hinzu: die praktische Rechtsprechung, wie sie durch das Reichsgericht beherrscht wird und nach dessen Entscheidungen verfährt, macht eine eigentümliche spitzfindige Unterscheidung bezüglich dieses § 175 in dem Sinne, dass nur ganz bestimmte sexuelle Praktiken, die unter Männern geübt werden, der Strafe verfallen, während andere Praktiken straflos bleiben, letzteres speziell die mutuelle Masturbation. Die naturgemässe Folge dieser Rechtsprechung war, dass sowohl die Anhänger der physiologischen Varietät der Homosexualität wie die Anhänger einer pathologischen Auffassung des Zustandes, soweit sie selbst persönlich bei der Sache interessiert waren, nichts Eiligeres zu thun hatten als zu erklären, es liege ihnen nichts ferner als die eigentliche Päderastie; ihr ganzes Streben sei nur darauf gerichtet, jene einfache Form der Befriedigung zu suchen, und darin möge das Gesetz sie doch gewähren lassen. Das ist ja selbstverständlich nur eine, allerdings begreifliche Heuchelei, die durch die Umstände veranlasst ist. Aber man muss doch auch hier sagen, es wäre besser, derartige Unterscheidungen gar nicht zu machen und die ganze Frage aus der Welt zu schaffen, indem man den, auch in dieser Beziehung perversen Paragraphen beseitigt.

Zum Schluss aber möchte ich bemerken, dass, solange er besteht, die Homosexualen es sich gefallen lassen müssen, mit demselben Masse gemessen zu werden, wie die anderen Sexualperversen, und dass darin an und für sich auch ganz gewiss kein Unrecht gesehen werden kann. Die von den anderen begangenen strafbaren Handlungen, wie Ver-

letzungen der öffentlichen Sittlichkeit, Attentate auf Kinder u. s. w., können ja niemals straflos bleiben, und diese Leute müssen also leiden, wenn sie ihren Trieb nicht bezwingen können, und auch von den Homosexualen wird man verlangen dürfen, dass, soweit sie eben nicht unter den Begriff der eigentlich Geisteskranken fallen, und solange diese gesetzlichen Bestimmungen bestehen, sie wie jeder sittliche Mensch bestrebt sein müssen, ihre Triebe zu beherrschen, und dass sie, soweit sie es nicht thun, die Folgen davon zu tragen haben.

Ueber Epilepsie und Hysterie in forensischer Beziehung.

Zwölfter Vortrag des Cyklus „Gerichtliche Medizin“,
gehalten am 31. März 1902

von

Prof. Dr. **M. Köppen.**

M. H.! Wir haben die Aufgabe, die Epilepsie und Hysterie in ihren forensischen Beziehungen zu besprechen. Da es nicht möglich ist, innerhalb einer Stunde dieses Thema zu erschöpfen, werden wir nur einige Punkte von besonderem Interesse herausgreifen. Beide Krankheiten stehen nicht in erster Linie unter den Psychosen, die zu gerichtlichen Konflikten führen, sie stehen zum Beispiel zurück hinter der Imbezillität und dem Alkoholismus. Von 273 in den letzten 9 Jahren in der Charité zur Beobachtung eingelieferten Fällen waren nur 36 Epileptiker und nur 11 Hysteriker.

Was nun zunächst die Epilepsie anbetrifft, so ist es die genuine Epilepsie, welche häufig zu Gesetzesüberschreitungen führt. Die Epilepsie infolge von organischen Gehirnkrankheiten kommt nicht in Betracht. Nicht richtig ist es, Epilepsie schon bloss auf Grund von Ohnmachtsanfällen anzunehmen. Es giebt kräftige Menschen, die beim Anblick einer Blutung einen Ohnmachtsanfall bekommen, ohne dass man sie auf Grund eines solchen vorübergehenden Bewusstseinsverlustes gleich zu Epileptikern stempeln darf. Auch kann man nicht ohne weiteres jeden für einen Epileptiker erklären, der in der frühesten Kindheit epilepsieartige Anfälle gehabt hat, da im kindlichen Alter leicht durch einen Gehirnreiz Krämpfe ausgelöst werden, ohne dass später sich eine richtige Epilepsie entwickelt. Ohnmachts- und Schwindelanfälle sind nur dann vor dem Forum zu verwerten, wenn daneben psychische Charakterveränderungen, wie sie der Epilepsie entsprechen, nachzuweisen sind.

Die epileptischen Anfälle an und für sich können nicht als strafausschliessend ins Feld geführt werden, sondern nur die psychischen Veränderungen, welche durch sie hervorgerufen werden. Diese werden aber bei häufigen epileptischen Anfällen selten vermisst. Die Kranken werden apathisch, gedankenträge. Es entwickelt sich häufig namentlich eine grosse Gedächtnisschwäche. Die moralischen Empfindungen verlieren an Feinheit. Eigentümlich ist den Epileptikern ein gewisser Fatalismus, der wohl darin seine Erklärung findet, dass die Kranken von ihren Anfällen wie von einem unabwendbaren Schicksal zu jeder Zeit und bei jeder Gelegenheit betroffen werden. Auch dass Epileptiker so leicht der Vagabondage verfallen, erklärt sich aus der Lage,

in die sie durch ihre Krankheit versetzt werden. Sie haben die grösste Schwierigkeit, Arbeit zu finden, und sowie ein Anfall bei ihnen auftritt, werden sie fortgeschickt, denn man fürchtet, dass Beschädigungen während der Anfälle zu Ansprüchen bei den Unfallkassen führen. Als häufiges Symptom zeigt sich dann bei ihnen eine grosse Gereiztheit oft als Einleitung der kommenden Anfälle. Die Gereiztheit führt zu den grössten Gewaltthätigkeiten und Brutalitäten. Wegen solcher Handlungen kommen die Epileptiker am häufigsten mit den Gesetzen in Konflikt. Sehr oft ist dabei der Alkohol, der von Epileptikern schlecht vertragen wird, eine mitwirkende Ursache.

Besonders wichtig in forensischer Beziehung sind nun die Psychosen epileptischen Charakters. Allerdings ist es sehr fraglich, wie weit dieser Begriff zu fassen ist, und namentlich, ob es erlaubt ist, von einer epileptischen Psychose zu reden, ohne dass epileptische Krampfanfälle nachzuweisen sind. Gewisse wiederkehrende Triebhandlungen stehen in besonders naher Beziehung zur Epilepsie. Wenn ein Individuum wiederholt Brandstiftungen begeht, ist der Gedanke an Epilepsie sehr naheliegend. Ebenso finden wir bei Epileptikern häufig den immer wiederkehrenden Drang wegzulaufen, sich herumzutreiben ohne Rücksicht auf die wichtigsten Pflichten, die sie zu erfüllen haben. Die, neuerdings Poriomanie genannte, Wandersucht hat sehr oft eine epileptische Basis. Die Epileptiker neigen auch zu dipsomanischen Anfällen, und auch Triebe zu abnormer sexueller Befriedigung finden sich sehr häufig bei Epileptikern. Unverbesserlicher Exhibitionismus, unwiderstehliche Neigungen, sich durch Grausamkeiten eine wollüstige Empfindung zu verschaffen, entspringen oft der Epilepsie.

Die epileptischen Psychosen wurden zuerst durch Samt geschildert und sind allerdings oft für den erfahrenen Psychiater auf den ersten Blick als solche erkennbar. Der Zustand der Kranken hat etwas Unheimliches, sie sind durch psychische Beeinflussung in keiner Weise zu bestimmen. Sie sind brutal und begehen rücksichtslos die grössten Gewaltthätigkeiten. Bald gleicht das Krankheitsbild der hallucinatorischen Verwirrtheit, bald dem Stupor, bald einem räsonnierenden Delirium. Religiöse Ideen stehen im Vordergrund der krankhaften Vorstellungen, wie denn überhaupt die Epileptiker zur Religion neigen infolge ihrer unberechenbaren, unabwendbaren Heimsuchung durch die Anfälle. Eine entsetzliche Furcht oder Angst beherrscht die Kranken und veranlasst sie dazu, gegen eine vermeintliche Gefahr alle ihnen zu Gebote stehenden Mittel zu ergreifen. Oefter fällt bei den Kranken etwas eigentümlich Stereotypes in ihrem Benehmen auf, ganz wie bei den Katatonikern. Sie wiederholen zum Beispiel beständig bestimmte Phrasen. Ein Kranker meiner Beobachtung wiederholte in seinen Anfallszuständen beständig den Satz: „Kalbskoteletts mit Hühneraugen“ und „Wir reisen nach Neu-Ruppin“ und war tagelang in seinen Aeusserungen nur auf diese Phrasen beschränkt.

Ein besonderes forensisches Interesse erwecken die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Kann eine solche nachgewiesen werden, so fällt sie natürlich unter den § 51 als Zustand von Bewusstlosigkeit; denn nur ein solcher Zustand von gestörtem Bewusstsein kann von den Gesetzgebern gemeint sein, da eine Bewusstlosigkeit im medizinischen Sinne dem Individuum ja jede Möglichkeit der Handlung nimmt. Es ist bekannt, dass die transitorischen Bewusstseinsstörungen die scheinbare Zweckmässigkeit der Handlungen keineswegs aufheben. Die Einteilung in prä- und postepileptische Zustände oder in Aequivalente ist wohl etwas schematisch. Häufig sieht man einen solchen Zustand getrübten Bewusstseins längere Zeit anhalten, durchsetzt von mehreren epileptischen Anfällen. Es kann in den Dämmerzuständen das Bewusstsein entweder vollständig aufgehoben sein oder nur teilweise fehlen. Endlich wird sogar angenommen, dass das Bewusstsein auch vollständig erhalten bleiben kann, wobei natürlich sofort die Frage auftritt, wie weit dann noch der Zustand zur Epilepsie zu rechnen ist. Handelt es sich in foro um eine scheinbar zweckmässige Handlung, so ist natürlich die Form mit partieller Erinnerung am leichtesten vor dem Richter als krankhaft hinzustellen, da es ja natürlich glaubhafter erscheint, wenn ein Mensch teilweise Erinnerung zugibt und nur auf Momente sich nicht besinnen kann. Während des Anhaltens der Bewusstseinsstörung kann der Kranke sich oft recht gut an die Vorfälle erinnern, welche sich während des Dämmerzustandes ereignet haben. Wird er also während seines transitorischen Zustandes wegen einer in demselben ausgeführten verbrecherischen That gefasst, so kann der Kranke zunächst bei der Vernehmung alles eingestehen und alle Einzelheiten erzählen, bei einer späteren Vernehmung nach Ablauf der Bewusstseinsstörung stösst man bei demselben Individuum auf ein hartnäckiges Ableugnen und Nichterinnernkönnen, ohne dass indessen ein solches Verhalten Bedenken erregen muss, wenn es sich wirklich um einen derartigen Kranken handelt. Auch kommt es vor, dass zunächst nach Ablauf eines Dämmerzustandes alle Vorfälle in demselben aus dem Gedächtnis entschwunden sind, später aber in einzelnen Resten wieder auftauchen. Einzelne Beispiele von kriminellen und von unbescholtenen Kranken gestatte ich mir zur besseren Erläuterung anzuführen:

Ein Kranker, den ich beobachtete, und der an Epilepsie litt, hatte schon wiederholt grössere Reisen bei gänzlich getrübtem Bewusstsein unternommen. Eines Tages reiste er in solchem Zustande nach Stettin. Plötzlich kam er dort zu klarem Bewusstsein, orientierte sich allmählich in der Umgebung, die ihm von früheren Reisen bekannt war, und kam sofort zu dem Schluss, dass er wieder durch seine Krankheit in diese Situation geraten sei. Er lief daher schleunigst nach dem Telegraphenbureau und telegraphierte seiner Frau, sie möchte kommen und ihn holen. Dann aber versank er wieder vollständig in seinen Dämmerzustand, und als die Frau in Stettin ankam, hatte sie grosse

Mühe, ihn mit Hilfe der Polizei aufzufinden. Dieser Fall zeigt deutlich das inselförmige Auftreten von klaren Bewusstseinsmomenten mitten in einer transitorischen Bewusstseinsstörung.

Ein anderer Kranker[1]) hatte in der Umgebung von Berlin am Lietzensee am hellen Tage einen Knaben ermordet. Er hatte ihn aus einer Gruppe von Kindern zum Mitgehen bestimmt und ihn dann in eine Terrainvertiefung geführt, die aber vollständig von der Strasse übersehen werden konnte. Dort hatte er den Knaben erwürgt und sich daran gemacht, ihm die Hoden herauszuschneiden. Er war dann schliesslich, durch Steinwürfe anderer Knaben, die dem Vorfall zugesehen hatten, aufgeschreckt, davongelaufen und endlich von erwachsenen Leuten festgenommen worden. Auf der Polizei gestand er seinen Mord ein und gab an, dass er den Hoden des Knaben hätte haben und verzehren wollen, um durch seinen Genuss sich gegen Nachstellungen zu feien, ein Mittel, was in einem Buch, das er gelesen, empfohlen sei. Bei späteren Vernehmungen wusste er von der ganzen Sache nichts mehr, auch nichts von der abergläubischen Idee, die ihn beherrscht hatte. Er wurde in der ersten Schwurgerichtsverhandlung zum Tode verurteilt, aber das Verhalten des Angeklagten während der That hatte auf mehrere ärztliche Sachverständige einen so entschieden krankhaften Eindruck gemacht, dass die Richter erklärten, die Geschworenen hätten sich zu Ungunsten des Angeklagten geirrt. Er wurde noch einmal in die Charité zur Begutachtung geschickt, und diese Begutachtung ergab, dass unzweifelhafte epileptische Verwirrtheitszustände bei ihm vorkamen. Er war dann plötzlich in seinem ganzen Wesen verändert und, während er sonst einen friedfertigen Eindruck machte, gereizt und brutal bis zur tobsüchtigen Erregung. Er wurde dann auch auf unser Gutachten hin ausser Verfolgung gesetzt.

Ein dritter Patient, den wir vor kurzem beobachteten, hatte in einem epileptischen Dämmerzustand, in dem er Nachts in den Strassen herumgelaufen war, Theater und Restaurants besucht, hatte sich dann gegen Morgen bei der Polizei selbst gestellt und angegeben, er habe eine Majestätsbeleidigung begangen. Er machte auch auf dem Polizeibureau einen so merkwürdigen Eindruck, dass der Beamte nachsah, ob er schon einmal in einer Anstalt gewesen war, und ihn dann aufforderte, wieder nach Hause zu gehen. Er bestand jedoch auf seiner Verhaftung und kam nun thatsächlich in das Untersuchungsgefängnis, wo er 3 Monate verblieb, bis er zu uns geschickt wurde. Hier stellte es sich heraus, dass er epileptische Anfälle hatte und zu Zeiten Zustände von Bewusstseinsstörung. Seine Selbstbeschuldigung wegen Majestätsbeleidigung war offenbar gänzlich aus der Luft gegriffen. Er konnte nicht einen einzigen Zeugen dafür nennen. Auch an somnambulen Zuständen litt unser Patient. Er war zuweilen in der Nacht aufgestanden, hatte an seiner Arbeit — er war Uhrmacher — weiter gearbeitet und am Morgen dann oft mit

1) S. Charité-Annalen 1899.

Erstaunen Fortschritte in seiner Arbeit gesehen, ohne dass er sich seines Fleisses erinnerte.

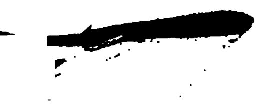
Diese Bewusstseinszustände sind rätselhaft und keineswegs wissenschaftlich klargelegt. Von einem vollständigen Fehlen des Bewusstseins kann eigentlich bei den vielfachen wohlüberlegten Handlungen dieser Kranken nicht gesprochen werden. Am vorsichtigsten ist man, wenn man nur von einer „Aenderung“ des Bewusstseinszustandes spricht. Bezeichnend ist ja, dass die Erinnerung fehlt. Die Zweckmässigkeit der Handlungen geht oft sehr weit. Ein Arzt erzählte mir von einem Reiseabenteuer. Er fuhr auf einem Dampfer nach New-York und hatte noch einen Mitbewohner in seiner Kabine, der ihm dadurch auffiel, dass er den ganzen Tag im Bett lag, so dass er annahm, er sei seekrank. Eines Tages aber richtete sich der angeblich Seekranke auf und fragte seinen Kabinengenossen: „Wo bin ich eigentlich?“ Und nun stellte sich heraus, dass dieser Herr sich nur erinnerte, zuletzt in Paris gewesen zu sein, und keine Ahnung davon hatte, wie er von Paris aus zunächst die Reise über Land gemacht und dann auf das Schiff gekommen war — eine Reiseroute, die er übrigens auch beabsichtigt hatte. Er war nun von dem Moment an ganz klar und zunächst im höchsten Grade besorgt um sein Geld und sein Gepäck. Es stellte sich aber heraus, dass er sein Geld vollzählig bei sich hatte, und dass auch von seinem Gepäck nichts fehlte. Er hatte die Aufgabe des Gepäcks in seinem bewusstseinsgestörten Zustande sehr gut besorgt.

Man hat früher von einer Thätigkeit subcorticaler Zentren in solchen Zuständen gesprochen. Allein die Zweckmässigkeit der Handlungen spricht deutlich dafür, dass die Hirnrinde dabei nicht ausgeschaltet sein kann. Auch wirken frühere Gedanken und Entschlüsse häufig während der transitorischen Störung nach, so dass z. B. Verbrechen ausgeführt wurden, welche im klaren Zustande geplant waren, Angriffe gegen Personen begangen wurden, die auch im normalen Zustande Gegenstand des Hasses waren. Die Erinnerungsfähigkeit ist hier ähnlich wie nach einem Traum. Der Träumende kann beim Erwachen sich zunächst des Traumes erinnern und verliert dann diese Erinnerung sehr rasch. Es kommt jedoch vor, dass er später im Laufe des Tages wieder einmal urplötzlich an den Traum erinnert wird. Nur handelt der Träumende gewöhnlich nicht, während der Epileptiker in diesen Zuständen thätig ist. Die Veränderung des Bewusstsein der Epileptiker besteht in einer Einengung und in einer Unterbrechung des ruhigen Zu- und Abflusses der Assoziationen. Oft macht es den Eindruck, als ob die Sinneswahrnehmungen der Kranken nicht so scharf wie sonst seien, als ob sie nicht so gut sähen und hörten, und als ob ihnen die Umgebung verändert erscheine. Jedenfalls können bei der Epilepsie, wenn auch nicht die ganze Hirnrinde, so doch einzelne Rindenterritorien ausgeschaltet werden. So beobachtet man auch während eines epileptischen Anfalles eine Sprachstörung, die nachher

sofort verschwindet. Aber im ganzen findet sich überhaupt wenig Gelegenheit, Kranke gerade dann zu beobachten, wenn sie äusserlich noch einen scheinbar besonnenen oder geordneten Eindruck machen, da sie dann natürlich nicht in die Anstalt gebracht werden. Sind sie aber während ihres veränderten Bewusstseins stark aufgeregt, so ist es natürlich schwer, genaue Prüfungen etwa des Auges oder des Ohres vorzunehmen. Aussagen von Leuten, die gelegentlich Epileptiker auf ihren Wanderungen während des Dämmerzustandes beobachteten, bekunden, dass die Kranken aufgeräumter als sonst erschienen, dass sie einen leicht angetrunkenen Eindruck gemacht hätten, dass ihr Blick ein anderer, und der Tonfall ihrer Sprache ein ungewöhnlicher gewesen wäre, oder es fiel auch die Rücksichtslosigkeit epileptischer Poriomanen gegen ihre Körperkräfte auf. Sie erschöpften sich so, dass sie nach der Rückkehr von ihrer Wanderschaft wochenlang das Bett hüten mussten. Ebensowenig schonten sie ihre Kleider; ein Kranker dieser Art, der sonst auf ordentliche Kleidung hielt, kam mit ganz zerschlissenen Beinkleidern von seiner Wanderung nach Haus.

Sehr schwierig ist auch die Frage, ob diese epileptischen Bewusstseinsstörungen von solchen auf hysterischer Basis oder von Bewusstseinsstörungen, wie wir sie bei Alkoholikern finden, zu unterscheiden sind. Es giebt da jedenfalls mannigfaltige Uebergänge, wenn auch bei den letzteren im allgemeinen ein grösserer Zusammenhang zwischen den Vorstellungen des Kranken und denen des gesunden Zustandes nachzuweisen ist.

Vorläufig unlösbar ist die Aufgabe, eine Erklärung für das Zustandekommen der Bewusstseinsstörung zu geben. Wir müssen aber nicht vergessen, dass auch das normale Bewusstsein ausserordentlichen Schwankungen unterworfen ist, dass die Weite unseres Bewusstseins sich beständig verändert, dass Affekte, Befangenheit, Angst auch den normalen Zufluss der Assoziationen, wodurch die Beziehung augenblicklicher Eindrücke zu unserer Persönlichkeitsvorstellung hergestellt wird, ausserordentlich beschränken, dass, wenn wir sehr intensiv uns irgend einem Gegenstand hingeben, das Gefühl unserer Persönlichkeit, welches für die Klarheit unseres Bewusstseins notwendig ist, ganz zurücktritt. Wir müssen auch bedenken, dass bei Kindern der Bewusstseinszustand ein sehr wenig weiter ist, und dass je nach dem Bildungsgrad und der Fähigkeit, über sich selbst nachzudenken, die Helligkeit des Bewusstseins bei den Menschen ausserordentlich verschieden ist. Unmöglich scheint es mir zu sein, wie einige wollen, die Veränderung des Bewusstseins, die in krankem Zustande eintritt, psychologisch zu erklären, etwa aus einer Veränderung des Organgefühles, z. B. aus Veränderungen der Hautempfindung, die bei manchen als Hemianästhesie auftritt. Da müsste ja bei jedem körperlichen Schmerz eine Bewusstseinsstörung zur Entwickelung kommen. Es bleibt nichts anderes übrig, als sich vorzustellen, dass durch eine plötzliche Aenderung in dem materiellen



Zustand des Gehirns, zum Beispiel durch eine Veränderung in der Blutzirkulation, ein Zustand herbeigeführt wird, der zwar die bewusste Thätigkeit nicht aufhebt, aber so eigenartig ist, dass eine psychologische Verknüpfung desselben mit dem gewöhnlichen Zustand unmöglich wird.

Ich möchte nun ferner auch noch der Thatsache Erwähnung thun, dass vielfach verbrecherische Handlungen in somnambulem Zustande ausgeführt werden. Sicherlich hängt der Somnambulismus häufig mit der Epilepsie zusammen, und wir haben ja schon selbst einen derartigen Fall angeführt, nämlich den Mann, der sich selbst ohne Grund einer Majestätsbeleidigung beschuldigt hatte. Hier war neben epileptischen Anfällen auch nächtliches Schlafwandeln beobachtet worden, in dem er an seinen Uhrreparaturen weiterarbeitete. Im Jahre 1874 erregte der Fall Holzapfel ein grosses Interesse. Es handelte sich um einen Konditorgesellen, welcher in der Nacht aufgestanden war und auf 3 seiner Kameraden mit einem Revolver geschossen, 2 davon tödlich getroffen und einen schwer verwundet hatte. Damals war die Kenntnis der Bewusstseinsstörungen noch so gering, dass von hervorragenden Psychiatern an der Zurechnungsfähigkeit dieses Menschen nicht gezweifelt wurde. Wenn man heute den Fall studiert, wird man namentlich mit Rücksicht auf die Motivlosigkeit der That und auf das sonderbare Verhalten des Verbrechers, der sich noch lange im Hause aufhielt, wo er die That vollbracht hatte, keinen Augenblick zweifeln, dass es sich um eine krankhafte Bewusstseinsstörung gehandelt hat, wenn auch die Epilepsie nicht sicher nachzuweisen war. Wir hatten vor kurzem Gelegenheit, einen ähnlichen Fall von derartigem Somnambulismus zu beobachten: Ein Mann hatte plötzlich aus dem Schlaf heraus einen Revolver ergriffen und einen Schlafkameraden, der ein guter Freund von ihm war, angeschossen. Es fehlte an jeder Erklärung für die That, aber es fand sich, dass der Attentäter wiederholt sich im Schlaf sehr auffallend benommen hatte, laut gesprochen, „Feuer“ kommandiert, auch aus dem Bett gestiegen und in Schränken herumgekramt hatte. Es konnte sich also nur um eine krankhafte somnambule Bewusstseinsstörung handeln, wenn auch hier alle Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Epilepsie fehlten.

Ganz in Kürze nur kann ich, meine Herren, in der vorgerückten Zeit die Hysterie behandeln. Es ist im allgemeinen, namentlich auch bei forensischen Fällen davor zu warnen, den Begriff der Hysterie zu weit auszudehnen und gleich von Hysterie zu sprechen, wo überhaupt irgend eine Krankheit durch Vorstellungen beeinflusst ist, und man soll sich wirklich bedenken, wenn man die Diagnose „Hysterie“ nur auf das Fehlen von objektiven Krankheitszeichen und das Vorhandensein von funktionellen Störungen gründen will. Unzweifelhaft aber ist der hysterische Charakter, der für die Diagnose der Hysterie besonders bezeichnend ist, vor allem gekennzeichnet durch die Beeinflussbarkeit des Individuums durch fremde und eigene Vorstellungen.

Ein weiteres Hilfsmittel für die Diagnose besitzen wir in den zahlreichen bestimmten hysterischen Symptomen, von denen ich, nur um zu zeigen, wie charakteristisch dieselben sind, das Globusgefühl, die Stimmbandlähmungen, die Anästhesie herausgreife. Der hysterische Anfall ist, wenn auch sehr häufig, doch nicht immer eindeutig, da auch bei ihm neuerdings wie bei einem epileptischen Krampf gelegentlich Pupillenstarre beobachtet ist. Meistens ist er jedoch sofort als eigenartig zu erkennen durch seine Entstehung im Anschluss an eine Gemütserregung und durch die starke Beeinflussung, die namentlich die Gegenwart anderer Personen ausübt. Der hysterische Charakter führt zu Strafhandlungen, unter anderem durch die Neigung des Kranken zu falschen Denunziationen und durch die krankhafte Gewalt, welche Affekte bei den Hysterikern auslösen. Zwei Beispiele mögen Ihnen das erste Moment erläutern, die allerdings beide nicht zu einer strafrechtlichen Verfolgung geführt haben. Eine unserer Kranken war von einer heftigen Neigung zu einem älteren verheirateten Pfarrer ergriffen worden und setzte nun alles daran, um dessen Interesse zu erregen. Dazu verfasste das Mädchen eine Reihe von Briefen, die sein seelsorgerisches Pflichtgefühl wachrufen sollten. So erhielt er zum Beispiel eines Tages einen gefälschten Brief von der Mutter der Patientin, worin dieselbe den Pfarrer bat, sich ihrer Tochter anzunehmen; es wurde darin von einem Liebesverhältnis mit einem Marineoffizier berichtet. Ein weiterer gefälschter Brief war so abgefasst, als wenn die Frau dieses Marineoffiziers in ihrer Verzweiflung sich an den Pfarrer wandte, um dessen Hilfe gegen die unerlaubten Beziehungen ihres Mannes mit der Patientin anzurufen. Schliesslich kam sogar ein Brief eines Detektivs, der angeblich das Liebespaar längere Zeit im Auftrage der Frau auf einem Spaziergange beobachtet hatte. Es gelang der Patientin auch wirklich, durch diesen geschickt erfundenen Roman das Interesse des Pfarrers zu erregen, bis dann schliesslich die ganze Erfindung ans Tageslicht kam, Patientin nun aus Scham einen Selbstmordversuch machte und deshalb in die Charité eingeliefert wurde. Eine andere Kranke, die wir beobachteten, erfand ein ganzes Revolverattentat und erzählte mit genauer Angabe vieler Einzelheiten von einem Zusammentreffen mit einem Herrn in einem Parke, der sie mit Liebesanträgen verfolgt und dann mit einem Revolver bedroht hatte. Sexuelle Angriffe und andere erotische Klatschereien werden in dieser Weise von Hysterischen, bei denen das Erotische oft im Vordergrund steht, häufig erfunden. Eine andere Spezialität von Hysterischen scheinen Ladendiebstähle zu sein. Der Reiz der dort aufgestellten Waren verlockt Frauen von hysterischem Charakter leicht dazu, sich Waren anzueignen. Eine exquisite Hysterische sahen wir hier vor kurzem, die in den verschiedensten Läden Waren bestellt hatte, indem sie sich jedesmal vor Betreten des Ladens mit einer Dienstmädchenhaube geschmückt hatte. Die

so für ihre angebliche Herrschaft bestellten Waren hat sie zum Teil einfach weggeworfen.

Wie bei den Epileptischen finden wir bei den Hysterischen charakteristische Psychosen, so Stupor, hallucinatorische Verwirrtheit, endlich eine hysterische Paranoia, die durch ihre phantastischen Erfindungen ausgezeichnet ist. Ganz besonders interessant sind auch hier wieder die Bewusstseinsstörungen. In neuerer Zeit hat Ganser einen Dämmerzustand beschrieben, in dem die Kranken ganz verkehrt reden und scheinbar absichtlich die unsinnigsten und thörichtsten Antworten geben, auf die Frage 2×2? z. B. antworten $= 7$; aufgefordert, die Zahl der Finger anzugeben, 11 sagen u. dgl., also Antworten geben, die wir selbst von hochgradig Schwachsinnigen nicht bekommen. Die Zustände sind forensisch ausserordentlich wichtig, besonders da sie so leicht den Verdacht der Simulation erwecken. Ihr Vorkommen ist aber zunächst durch die Beobachtung von Fällen festgestellt, die mit dem Forum nichts zu thun hatten. Allerdings wird die Berechtigung der Einordnung solcher Krankheitsformen unter den Begriff der Hysterie neuerdings von der Kräpelin'schen Schule angegriffen, und die Frage aufgeworfen, ob es sich nicht dabei um katatonische Zustände handle, bei denen sich allmählich ein Blödsinn ausbilde, und besonders hervorgehoben, dass auch bei der Katatonie vielfach, wie bei der Hysterie psychogene Zustände vorkämen. Dieser zunächst klinische Streit dürfte aber den Ruhm Ganser's nicht schmälern, zum ersten Mal auf den interessanten Symptomenkomplex des Verkehrtredens, der von jedem Gerichtsarzt gekannt sein muss, hinzuweisen.

Die Bewusstseinsstörung bei Hysterischen kann eine solche Entwickelung bekommen, dass die Kranken gleichsam in zwei Persönlichkeiten zerfallen, eine normale und eine kranke, und die kranken Phasen in ihrem Bewusstseinszustand miteinander zusammenhängen, so dass im kranken Zustand nur Ereignisse erinnert werden, die in einer vorhergehenden Krankheitsphase erlebt waren. Nur muss man nicht glauben, dass die beiden Bewusstseinszustände, wie man das früher in phantastischer Weise übertrieben hat, gänzlich getrennt wären, in gar keiner Beziehung zu einander ständen, so dass man gewissermassen in einer Person zwei vor sich hätte. Wir haben hier selbst einen Fall [1]) beobachtet, der uns vom Gericht zur Beobachtung zugeschickt wurde: einen Menschen, der eine angeborene Schwäche in einem Bein hatte. Geriet er in einen Dämmerzustand, so war er ausserordentlich beweglich und konnte mit grosser Kunst einen Affen nachmachen, wobei er von einem Bett zum andern hüpfte und mit Geschicklichkeit in hockender Stellung auf einer Bettkante balanzierte. In demselben Zustand verfertigte er auch Zeichnungen von Affen, die namentlich in der Wiedergabe der Haarstellung grosse Naturtreue aufwiesen. Kam er dann zu sich, so war er nicht im stande, sich in gleicher Weise

1) Charité-Annalen 1899.

geschickt zu bewegen, und die Zeichnungen, die er dann verfertigte, waren gänzlich unbeholfen. Der Kranke hatte in seinem Dämmerzustande auch ein bestimmtes Satzstereotyp, welches er beständig wiederholte; es hiess: „Das Schaf ist geschlachtet, die Zunge ist gebraten, das nennt man Schafszungenbraten. Das ist was Feines, was Pikfeines, das bekommt man nicht alle Tage. Das bekommt man nur in einem Delikatessengeschäft.“ Diese sonderbare Phrase fand darin Erklärung, dass der Kranke früher Schäfer in Holland gewesen war, wo nach seiner Erzählung, die er in normalem Zustand gab, die Sitte bestand, den Schäfern die Schafszungen der geschlachteten Schafe zu überlassen. Ebenso war die Affenimitation und die Gabe, Affen zu zeichnen, eine Reminiszenz aus einer Zeit, wo er in einer Menagerie Affenwärter gewesen war und sogar mit den Affen zusammen geschlafen hatte. Die Fähigkeit grösserer Beweglichkeit in seinem zweiten Zustande und die guten Affenbilder erklären wir uns nicht etwa so, als ob in dem zweiten Zustande geheimnisvolle neue Fähigkeiten aufgetreten waren, sondern aus dem Wegfall von psychischen Hemmungen, die ihn für gewöhnlich hinderten, seine in ihm schlummernden Fähigkeiten zu entfalten.

Die Hysterie gehört zu denjenigen Krankheiten, die auch nicht so ganz selten erst durch eine Gerichtsverhandlung zum Ausbruch kommen können, nachdem sie entweder vorher latent gewesen oder überhaupt noch nicht vorhanden war. Wir müssen bedenken, dass ein gerichtliches Verfahren mit allen seinen Stadien ein Experiment darstellt, um unter möglichst günstigen Bedingungen eine Psychose hervorzurufen. Die Entdeckung der Strafthat, die Isolierung von dem Verkehr mit der Aussenwelt, die Beschäftigungslosigkeit, die Sorgen und die Angst sind ja alles Momente, geradezu auserlesen, um eine Psychose hervorzurufen. So sehen wir denn häufig Psychosen entstehen, deren Vorstellungsinhalt mit der Gerichtsangelegenheit in Zusammenhang steht, und namentlich Psychosen hysterischen Charakters. Hören dann die gerichtlichen Verhandlungen auf, z. B. bei Aussetzung des Verfahrens, so verschwindet die Hysterie gewöhnlich sehr bald. Es kommt durch derartige Zustände zu ausserordentlichen Verschleppungen des Verfahrens, weil jedes Mal, wenn das Verfahren wieder aufgenommen wird, sich die Krankheit wieder einstellt, und die Hysterie sowohl die Verhandlung als auch die Strafverbüssung unmöglich macht. Solche Fälle können jahrelang Gericht und Aerzte beschäftigen und sind eine wahre Tortur für die Gerichtsgutachter und nicht zum wenigsten für die Kranken selbst, da die Bestrafung für den Patienten, genau betrachtet, gar nicht so schlimm ist, wie die Erklärung der Unzurechnungsfähigkeit, die Unterbringung in Irrenanstalten und nicht zuletzt das Bestreben der Staatsanwälte, den Verbrecher zu entmündigen.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2441

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Soeben erschien **Band I** des

Handbuch der Sozialen Medizin.

Bearbeitet von

Regierungs- und Medizinalrat Dr. **Abel** in Berlin, Professor Dr. **Aschaffenburg** in Halle a. S., Professor Dr. **Bettmann** in Heidelberg, Dr. **Heinrich Embden** in Hamburg, Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. **Friedheim** in Wandsbeck, Dr. **Moritz Fürst** in Hamburg, Dr. **Jaffé** in Hamburg, Oberarzt Dr. **F. Jessen** in Hamburg, Oberarzt Dr. **Gg. Ilberg** in Großschweidnitz, Privatdozent Dr. **Lange** in Leipzig, Dr. **R. Lennhoff** in Berlin, Professor Dr. **Mendelsohn** in Berlin, Physikus und Hafenarzt Dr. **Nocht** in Hamburg, Oberarzt Dr. **Nonne** in Hamburg, Dr. **Joh. Ritter** in Geesthacht, Dr. **Schmalfuss** in Hamburg, Professor Dr. **Th. Sommerfeld** in Berlin, Dr. **Sudeck** in Hamburg, Professor Dr. **Windscheid** in Leipzig.

Herausgegeben von

Dr. Moritz Fürst, Arzt in Hamburg, und **Dr. F. Windscheid,** Professor in Leipzig.

Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 6 M.
Preis für den Einzelverkauf: . . . . 7 M.

Bei der Verwirklichung des sozialen Gedankens hat die Medizin eine große Bedeutung, die man bisher noch oft übersehen hat. Es hat sich deshalb von der Sozialpolitik und von der Medizin das Gebiet der Sozialen Medizin ablösen müssen, um seiner Bedeutung entsprechend selbständige Behandlung zu finden.

Damit ist auch in erster Linie die Zusammenfassung des z. T. weit verstreuten Materiales in einem Handbuch zu einem Bedürfnis geworden, dem mit dem jetzt beginnenden Unternehmen abgeholfen werden soll.

Das **„Handbuch der Sozialen Medizin“** behandelt in möglichster Ausführlichkeit und Uebersichtlichkeit die Grenzgebiete der praktischen Medizin und der sozialen Praxis. Von erfahrenen Praktikern wird in streng wissenschaftlicher Weise die Thätigkeit des Arztes dargestellt, insoweit sie sich auf die soziale Gesetzgebung und die Wohlfahrtseinrichtungen für die breiten Massen bezieht.

Zur Erreichung dieses Zieles ist das Werk in die folgenden Zweige der sozialmedizinischen Praxis eingeteilt worden:

1) Soziale Prophylaxis.
2) Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege.
3) Stellung und Aufgaben des Krankenkassenarztes.
4) Soziale Krankenpflege. Aerztliche Tätigkeit in den
   a) Krankenhäusern,
   b) Heilstätten,
   c) im Samariterwesen.
5) Der Arzt als Gutachter. (Stellung des Arztes zur Unfalls- und Invaliditätsversicherung.)
6) Der Gefängnisarzt.
7) Die ärztliche Aufsicht der Prostitution. (Anhang: Stellung und Aufgaben des Ammen-Untersuchungsarztes.)
8) Der Kreis-, Bezirks- und Stadtarzt. (Anhang: Der Impfarzt.)
9) Stellung und Aufgaben des Schularztes.
10) Stellung und Aufgaben des Hafenarztes. (Schiffsarzt.)
11) Der Arzt als Aufsichtsorgan in den gewerblichen Betrieben.

Diese Themata werden nach Möglichkeit in der Weise behandelt, daß zunächst ein geschichtlicher Ueberblick über den zu erörternden Gegenstand geboten wird. Alsdann wird die gesetzliche Unterlage der Materie dargelegt und zwar zunächst auf Grund der heimischen Gesetzgebung. Anhangsweise finden auch die entsprechenden Gesetze der ausserdeutschen Kulturstaaten, soweit sie zu erlangen sind, Berücksichtigung.

Alsdann gelangten die auf Grund der erörterten Gesetzgebung beruhenden Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit zur Darstellung und zum Schlusse werden praktische Neuerungsvorschläge der bestehenden Verhältnisse gemacht.

Jeder einzelne Band bildet für die betreffenden Interessenten ein in sich abgeschlossenes Buch und wird demgemäß auch einzeln käuflich sein.

Das Werk ist zunächst für den Gebrauch des Arztes, sodann für Behörden, Verwaltungen und diejenigen gebildeten Laien bestimmt, die sich für den Gegenstand interessieren.

Bei einem so bedeutungsvollen Gebiete wie dem der Sozialen Medizin dürfte es aber an Interesse nicht mangeln, da einerseits der freiwillige Sozialpolitiker sich aus diesem Gebiet eine neue wissenschaftliche Grundlage seines Schaffens und Anregendes für dasselbe schöpfen dürfte, und andererseits der Verwaltungsbeamte dieses Gebiet von amtswegen wird kennen lernen müssen.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Aerztliche Kriegswissenschaft.

14 Vorträge

gehalten von Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. E. von Bergmann, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. R. Koch, Oberstabsarzt Prof. Dr A. Köhler, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Koenig, Oberstabsarzt Prof. Dr. Krocker, Oberstabsarzt Dr. Kübler, Prof. Dr. Küttner, Geh. Ober-Med.-Rat Generalarzt Dr. Schaper, Generalarzt Dr. Schjerning, Oberstabsarzt Dr. Schumburg und Generalarzt Dr. Werner

herausgegeben vom

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen,

in dessen Auftrag redigiert von

Prof. Dr. R. Kutner, Schriftführer des Zentralkomitees.

Abdruck aus dem **Klinischen Jahrbuch.**

Im Auftrage des Königlich Preussischen Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten unter Mitwirkung der Herren Prof. Dr. M. Kirchner, Geh. Ober-Med.-Rat, und Dr. Naumann, Geh. Ober-Reg.-Rat, herausgegeben von Prof. Dr. Freiherr v. Eiselsberg in Wien, Prof. Dr. Flügge, Geh. Med.-Rat in Breslau, Prof. Dr. Freih. v. Mering in Halle a. S. und Prof. Dr. Werth, Geh. Med.-Rat in Kiel.

Preis: 6 Mark, geb. 7 Mark.

Inhalt.

Die Vorträge sind zu den angegebenen Preisen auch einzeln zu haben.

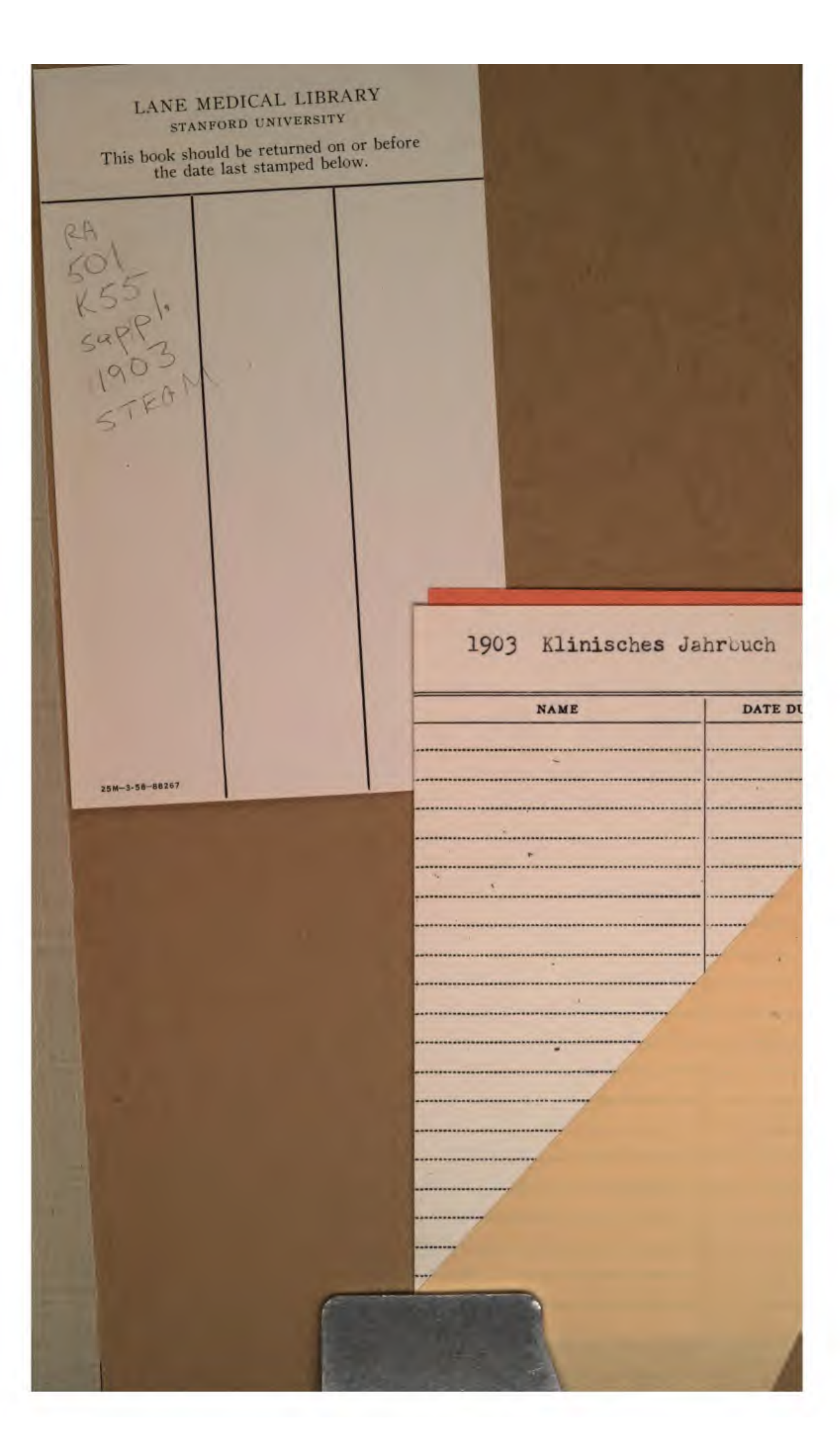
1. Vortrag: **Seuchenbekämpfung im Kriege.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Robert Koch. Preis: 40 Pf.
2. Vortrag: **Ernährung und Trinkwasserversorgung im Felde.** Von Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner. Preis: 80 Pf.
3. Vortrag: **Hygiene des Marsches und der Truppenunterkunft.** Von Oberstabsarzt Privatdozent Dr. Schumburg. Preis: 60 Pf.
4. Vortrag: **Bekleidung und Ausrüstung des Soldaten.** Von Generaloberarzt Prof. Dr. Krocker. Mit 1 Tafel. Preis: 1 Mark 50 Pf.

5. u. 6. Vortrag: **Erste Hilfe auf dem Schlachtfelde und Asepsis und Antisepsis im Kriege.** Von Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. E. von Bergmann. Mit 12 Abbildungen im Text. Preis: 1 Mark 50 Pf.

7. Vortrag: **Ueber Schusswunden an den Extremitäten.** (Nach Erfahrungen im griechisch-türkischen, südafrikanischen und chinesischen Feldzuge.) Von Prof. Dr. H. Küttner. Mit 10 Abbildungen im Text. Preis: 1 Mark.
8. Vortrag: **Schussverletzungen am Rumpfe, insbesondere am Thorax.** Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. F. Koenig. Mit 1 Abbildung im Text. Preis: 50 Pf.
9. Vortrag: **Schusswunden des behaarten Kopfes.** Von Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. E. von Bergmann. Mit 7 Abbildungen im Text. Preis: 60 Pf.
10. Vortrag: **Ueber Hieb- und Stichwunden im Kriege.** Von Generalarzt Prof. Dr. A. Köhler. Preis: 50 Pf.
11. Vortrag: **Die Organisation des Sanitätsdienstes im Kriege.** Von Generalarzt Dr. C. Schjerning. Mit 26 Abbildungen im Text. Preis: 1 Mark.
12. Vortrag: **Krankentransport und -Unterkunft im Kriege.** Von Generalarzt Dr. Werner. Mit 26 Abbildungen im Text. Preis: 1 Mark.
13. Vortrag: **Die Krankenpflege im Kriege.** Von Geh. Ober-Med.-Rat Generalarzt Dr. H. Schaper. Preis: 50 Pf.

41. Vortrag: **Kriegssanitäts-Statistik.** Von Oberstabsarzt Dr. Kübler. Mit 4 Diagrammen im Text und 2 Zahlentafeln. Preis: 1 Mark 20 Pf.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2411



LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
This book should be returned on or before
the date last stamped below.
RA
501
K55
suppl.
1903
STGM
25M-3-58-88267
1903 Klinisches Jahrbuch
NAME

